

Qualitat de l'ocupació i salut en la població usuària dels serveis socials de la ciutat de Barcelona

Mireia Julià, Javier Pardo, Francesc X. Belvis, Joan Benach

Grup de Recerca en Desigualtats en Salut (GREDS-EMCONET), Universitat Pompeu Fabra
Johns Hopkins University –Universitat Pompeu Fabra - Public Policy Center

Index:

RESUM	7
RESUMEN	9
ABSTRACT	11
1. Introducció	14
1.1. Determinants de les desigualtats en salut	14
1.2. Condicions d'ocupació i treball. Definicions i determinants.....	17
1.3. Model teòric de les relacions d'ocupació, la precarietat laboral i la salut.....	18
1.4. Les transformacions del mercat laboral: flexibilització i precarització.....	20
1.5. Precarietat laboral i salut.....	21
1.6. Privació econòmica com a mediador entre precarietat laboral i salut.....	27
1.7. Atur, informalitat i salut	28
1.8. La situació del mercat laboral en la ciutat de Barcelona	29
1.9. Serveis socials en la ciutat de Barcelona i Catalunya	30
2. Objectius	33
2.1. Objectiu general	33
2.1. Objectius específics	33
3. Hipòtesis	35
4. Metodologia	37
4.1. Disseny de l'enquesta i població d'estudi	37
4.2. Variables d'estudi.....	38
4.3. Anàlisi estadístic.....	40
4.4. Recomanacions polítiques	42
5. Resultats	44
5.1. Descripció de les mostres	44
5.2. Prevalença de precarietat laboral	48
5.3. Precarietat laboral de la mostra i la població catalana	51
5.4. Prevalença de mala salut mental i autopercebuda.....	52
5.5. Mala salut mental segons nivells de precarietat laboral de la mostra i la població catalana.....	55
5.6. Prevalença de privació econòmica a la mostra total i a la submostra de treballadors.....	56
5.7. Prevalença de mala salut segons privació econòmica	59
5.8. Associació entre precarietat laboral i salut	62
5.9. Privació econòmica com a mediador	64
5.10. Altres condicions d'ocupació: atur i informalitat.....	65
5.11. Associació entre atur, informalitat i salut	65
6. Discussió	69
6.1. Recomanacions de polítiques públiques.....	72
6.2. Limitacions.....	80
6.3. Fortaleses	80

7. Conclusions	83
8. Bibliografia	86
9. Annexes	99

Index de figures:

Figura 1. Marc conceptual dels determinants socials de les desigualtats en salut	17
Figura 2. Model conceptual que vincula l'ocupació precària i la salut i la qualitat de vida a través de potencials mecanismes. Font: (Benach et al. 2014).....	19
Figura 3. Model conceptual sobre la relació de la precarietat laboral i salut a través dels mecanismes mediat per privació econòmica incloent factors confusors i eixos de desigualtat. Font: Elaboració pròpia.	20
Figura 4. Distribució de la precarietat laboral en la població catalana i en els usuaris dels serveis socials de Barcelona.	51
Figura 5. Probabilitat de mala salut mental segons els nivells de precarietat en la població catalana i en els usuaris dels serveis socials de Barcelona.	55
Figura 6. Raons de prevalença (95%) de mala salut mental segons quartils de precarietat laboral. Homes i dones assalariats usuaris de serveis socials, Barcelona 2016. Modelo 1: cru. Modelo 2: ajustat per edat, estat migratori (sí/no), educació (primària; secundària; universitària), i classe social ocupacional (SC I+II; SC III; SC IV+V). Modelo 3: modelo 2 + atur en l'últim any (sí/no) + problema de salut important (sí/no). Modelo 4: modelo 3 + índex de privació econòmica	63
Figura 7. Raons de prevalença (95%) de mala salut autopercebuda segons quartils de precarietat laboral. Homes i dones assalariats usuaris de serveis socials, Barcelona 2016. Modelo 1: cru. Modelo 2: ajustat per edat, estat migratori (sí/no), educació (primària; secundària; universitària), i classe social ocupacional (SC I+II; SC III; SC IV+V). Modelo 3: modelo 2 + atur en l'últim any (sí/no) + problema de salut important (sí/no). Modelo 4: modelo 3 + índex de privació econòmica.....	63
Figura 8. Raons de prevalença (95%) de mala salut mental i autopercebuda dels aturats comparat amb els treballadors (referència). Homes i dones aturats usuaris de serveis socials, Barcelona 2016. Model 1: cru. Model 2: ajustat per edat, estat migratori (sí/no), educació (primària; secundària; universitària), i classe social ocupacional (SC I+II; SC III; SC IV+V). Modelo 3: model 2 + problema de salut important (sí/no). Model 4: modelo 3 + índex de privació econòmica	66
Figura 9. Raons de prevalença (95%) de mala salut mental i autopercebuda dels treballadors informals (sense contracte) comparat amb els treballadors que tenen un contracte indefinit (referència). Homes i dones treballadors informals usuaris de serveis socials, Barcelona 2016. Model 1: cru. Model 2: ajustat per edat, estat migratori (sí/no), educació (primària; secundària; universitària), i classe social ocupacional (SC I+II; SC III; SC IV+V). Modelo 3: model 2 + problema de salut important (sí/no). Model 4: modelo 3 + índex de privació econòmica	67

Índex de taules:

Taula 1. Descripció de la mostra total (general), de la mostra de treballadors assalariats amb contracte laboral (mostra precarietat), de la mostra d'aturats i la mostra de treballadors assalariats sense contracte (informals). Homes i dones, 2016.	47
Taula 2. Prevalença de precarietat laboral (%) i interval de confiança (IC95%) de la submostra de treballadors assalariats amb contracte de treball usuaris dels serveis socials de Barcelona. Homes i dones, 2016.	49
Taula 3. Prevalença (%) i intervals de confiança (IC95%) de mala salut mental i mala salut autopercebuda en la submostra de treballadors assalariats amb contracte. Homes i dones, 2016.	53
Taula 4. Prevalença (%) dels ítems de privació econòmica per la mostra general i pels treballadors. Homes i dones, 2016.	57
Taula 5. Prevalença (%) de mala salut mental i autopercebuda en la mostra de treballadors amb contracte segons els ítems de privació econòmica. Homes i dones, 2016.	60
Taula 6. Anàlisi de la mediació de privació econòmica en l'associació entre precarietat laboral, salut mental i salut autopercebuda. Efectes totals desagregats en efecte indirecte i directe. Percentatge d'efecte total mediat per privació econòmica. Homes i dones assalariats amb contracte usuaris dels serveis socials, Barcelona 2016.	64

RESUM

En els últims anys, amb un context de globalització i crisi econòmica, les condicions d'ocupació i la qualitat de la ocupació han empitjorat, però no de forma igual per tota la població. Aquest estudi pretén determinar la situació actual de diferents condicions d'ocupació, la precarietat laboral, l'atur i la informalitat i la seva associació amb la mala salut autopercebuda i mental en una subpoblació usuària de Serveis Socials de la ciutat de Barcelona. A més, en el cas de la precarietat laboral també pretén explorar el possible paper mediador que juga la privació econòmica en aquesta associació. A partir d'una mostra de l'Enquesta de Condicions de Vida de Barcelona 2016 realitzada en la població usuària de Serveis Socials, es va calcular la prevalença de precarietat laboral, atur, informalitat, mala salut autopercebuda i mala salut mental. La privació econòmica es va mesurar amb un índex que engloba la privació material, les dificultats financeres, la qualitat de l'habitatge i la qualitat de l'entorn residencial. Per l'anàlisi de l'associació es van calcular raons de prevalença crues i ajustades mitjançant regressió de Poisson. Per estudiar el paper mediador es van desagregar els efectes totals en efectes directes i indirectes. Tots els resultats es van estratificar per sexe. La prevalença de precarietat laboral, atur i informalitat en la mostra analitzada va ser molt més alta que la població general. Així, la prevalença de precarietat laboral va resultar ser molt alta, un 67% en dones i un 62% en homes; la d'atur va ser d'un 57,2% en dones y un 42,8% en homes; i la de treballadors informals d'un 15,3% en dones i un 6,3% en homes. Pel que fa a l'associació amb mala salut mental, es va observar una associació en homes i en dones, existint un gradient segons el nivell de precarietat laboral. El mateix patró es va observar amb la mala salut autopercebuda però només en homes. La privació econòmica actua com a mediador entre la precarietat laboral i la mala salut mental només en dones. Pel que fa a l'atur, l'associació amb salut va mostrar que tant en homes com en dones aturats tenen pitjor salut mental i salut autopercebuda que els treballadors, però els homes van presentar pitjor salut que les dones. En el cas dels treballadors informals, els homes van presentar una pitjor salut mental comparat amb els treballadors amb contracte indefinit, en canvi, no va ser així en el cas de les dones ni tampoc en l'associació amb mala salut autopercebuda. Aquest estudi evidencia la greu situació de precarietat social, laboral, econòmica, atur i informalitat de la subpoblació estudiada i contribueix a afirmar l'associació de la precarietat laboral, l'atur i la informalitat amb la mala salut, així com a esclarir els camins indirectes pels quals la precarietat laboral

afecta la salut. Per tal de disminuir les desigualtats en salut i millorar les condicions d'ocupació, les polítiques a nivell global són les que tenen un impacte major. Tot i així, aquests resultats empírics poden visualitzar la necessitat de prioritzar diferents polítiques a nivell local en aquesta població més vulnerable.

RESUMEN

En los últimos años, en un contexto de globalización y crisis económica, las condiciones de ocupación y la calidad de la ocupación han empeorado, pero no de forma igual para toda la población. Este estudio pretende determinar la situación actual de diferentes condiciones de ocupación, la precariedad laboral, el desempleo y la informalidad y su asociación con la mala salud autopercebida y mental en una subpoblación usuaria de los Servicios Sociales de la ciudad de Barcelona. Además, en el caso de la precariedad laboral también pretende explorar el posible papel mediador que juega la privación económica en esta asociación. A partir de una muestra de la Encuesta de Condiciones de Vida de Barcelona 2016 realizada a la población usuaria de Servicios Sociales, se calculó la prevalencia de precariedad laboral, desempleo, informalidad, mala salud autopercebida y mental. La privación económica se midió con un índice que englobó la privación material, las dificultades financieras, la calidad del hogar y la calidad del entorno residencia. Para el análisis de la asociación se calcularon razones de prevalencia crudas y ajustadas mediante regresión de Poisson. Para estudiar el papel mediador se desagregaron los efectos totales en efectos directos e indirectos. Todos los resultados se estratificaron por sexo. La prevalencia de precariedad, desempleo e informalidad en la muestra analizada fue mucho más alta que la población general. Así, la prevalencia de precariedad laboral resultó ser muy alta, un 67% en mujeres y un 62% en hombres; la de desempleo fue de un 57,2% en mujeres y un 42,8% en hombres; y la de trabajadores informales de un 15,3% en mujeres y un 6,3% en hombres. En relación a la asociación con mala salud mental, se observó una asociación en hombres y mujeres, existiendo un gradiente según el nivel de precariedad laboral. El mismo patrón se observó en la mala salud autopercebida pero solo en hombres. La privación económica actúa como mediador entre la precariedad laboral y la mala salud mental solo en las mujeres. En relación al desempleo, la asociación con la salud mostró que tanto en hombres como en mujeres, los parados tienen peor salud mental y autopercebida que los trabajadores, pero los hombres presentaron peor salud que las mujeres. En el caso de los trabajadores informales, los hombres presentaron peor salud mental comparado con los trabajadores con contrato indefinido, en cambio, no fue así en el caso de las mujeres ni tampoco en la asociación con mala salud autopercebida. Este estudio evidencia la grave situación de precariedad social, laboral, económica, desempleo e informalidad de la subpoblación estudiada y contribuye a afirmar la asociación de la precariedad laboral, el desempleo y

la informalidad con la mala salud, así como a esclarecer los caminos indirectos por los cuales la precariedad laboral afecta a la salud. Con el fin de disminuir las desigualdades en salud y mejorar las condiciones de ocupación, las políticas a nivel global son las que tienen un impacto mayor. Sin embargo, estos resultados empíricos pueden visibilizar la necesidad de priorizar diferentes políticas a nivel local en esta población más vulnerable.

ABSTRACT

In the last years, in a context of globalization and economic crisis, employment conditions and the quality of employment have worsened, but not equally for the entire population. This study aims to determine the current situation of different employment conditions, precarious employment, unemployment and informality and its association with self-perceived and mental health in a subpopulation of users of the Social Services of the city of Barcelona. In addition, in the case of precarious employment, it is also intended to explore the possible mediating role played by economic deprivation in this association. From a sample of the Living Conditions Survey conducted in 2016 in Barcelona to the users of Social Services, we calculated the prevalence of precarious employment, unemployment, informality, poor self-perceived health and poor mental health. Economic deprivation was measured with an index that includes material deprivation, financial difficulties, the quality of the home and the quality of the residential environment. For the analysis of the association, crude and adjusted prevalence ratios were calculated by Poisson regression. To study the mediator role, the total effects were disaggregated in direct and indirect effects. All results were stratified by sex. The prevalence of precarious employment, unemployment and informality in the sample analyzed was much higher than the general population. Thus, the prevalence of precarious employment turned out to be very high, 67% in women and 62% in men; Unemployment was 57.2% in women and 42.8% in men; and informal workers was 15.3% in women and 6.3% in men. As regards the association with poor mental health, there was an association in men and women, with a gradient according to the level of precarious employment. The same pattern was observed with poor self-perceived health but only in men. Economic deprivation acts as a mediator between precarious employment and poor mental health only in women. With regard to unemployment, the association with health showed that both men and women unemployed have poorer mental health and self-perceived health than workers, but men showed poorer health than women. In the case of informal workers, men presented poorer mental health compared to workers with an indefinite contract, in contrast, it was not so in the case of women nor in the association with poor self-perceived health. This study shows the serious social, employment and economic precariousness, unemployment and informality of the subpopulation studied and contributes to affirming the association of precarious employment, unemployment and informality with poor health, as well as

clarifying indirect paths by which precarious employment impacts on health. In order to reduce health inequalities and improve employment conditions, policies at the global level are those that have a greater impact. However, these empirical results can see the need to prioritize different policies at the local level in this most vulnerable population.

1. INTRODUCCIÓ

1. Introducció

1.1. Determinants de les desigualtats en salut

1.1.1. Desigualtats socials en salut

Les desigualtats socials en salut es defineixen com aquelles diferències en salut sistemàtiques, injustes i evitables que es produeixen entre grups poblacionals definits social, econòmica, demogràfica o geogràficament (Whitehead 1992). Aquestes desigualtats es consideren el resultat de la desigualtat d'oportunitats relacionades amb la salut i els recursos que té la gent basant-se principalment en la seva classe social, gènere, ètnia, o territori, que provoca mala salut entre els grups socialment més desafavorits. Existeix, a més, un gradient social en salut, és a dir, a mesura que disminuïm en l'escala social, en el nivell de riquesa o en l'educació, la salut de les persones també empitjora progressivament (Marmot 2005).

Les desigualtats socials en salut són considerades una de les majors epidèmies dels nostres temps que més s'estan expandint (Benach and Muntaner 2005). Molts són els estudis que demostren que les desigualtats socials en salut són enormes i han anat creixent en els últims anys (Borg and Kristensen 2000; Marmot et al. 1991; Wagstaff 2002). Aquestes desigualtats afecten tota la població, i s'observen aquestes diferències tant entre com dins dels mateixos països. Per exemple, tot i que les taxes de mortalitat dels països s'han reduït en el segle passat, les desigualtats en mortalitat per classe social han augmentat tot i ser evitables (Marmot 2005).

L'evidència també demostra que les desigualtats en salut es poden reduir si es realitzen polítiques socials, econòmiques i sanitàries adequades (Bambra et al. 2010; Borrell and Artazcoz 2008). Amb la publicació de l'informe final de la Comissió de Determinants Socials de la Salut (CDSS) de l'OMS (CSDH 2008), es van generar diferents iniciatives polítiques nacionals i internacionals per disminuir les desigualtats en salut. Les polítiques i programes sobre els determinants socials de salut han de comptar amb la participació de tots els poders públics, la societat civil, les comunitats locals, el sector empresarial i organismes internacionals, i no només amb el sector sanitari. Que tots els

responsables¹ polítics estiguin informats sobre les conseqüències per a la salut de les diferents opcions polítiques durant el procés d'elaboració de polítiques. Això és el que es va anomenar “Salut en totes les polítiques” (Health in all policies). Desgraciadament, aquests bons desitjos no s'han complert i, aquestes desigualtats encara són presents entre i dins els països (Marmot et al. 2008).

1.1.2. Determinants socials de la salut

Els determinants socials de la salut són les condicions en les quals les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, inclòs el sistema de salut (CSDH 2008). Aquestes condicions són el resultat de la distribució dels diners, del poder i dels recursos a escala mundial, nacional i local, que depenen al seu torn de les polítiques adoptades i estan distribuïts desigualment segons l'estructura social. Els diferents eixos transversals de desigualtats com són el gènere, l'edat, la classe social, l'origen ètnic o l'estatus migratori, determinen les jerarquies de poder en la societat i oportunitat de tenir una bona salut.

A més, posen en evidència l'existència de desigualtats en salut a causa del poder, prestigi o accés als recursos. Aquests eixos de desigualtats estan relacionats amb el concepte de discriminació. Per tant, el conjunt de determinants socials, econòmics i polítics són l'origen de les desigualtats en salut. Els determinants socials també es coneixen com “les causes de les causes” de la malaltia i la desigualtat, és a dir, la desigual distribució en el poder econòmic i social existent entre i dins els països que condiciona les polítiques socials i econòmiques i que la vegada influeixen en la salut de les persones.

¹ L'ús de formes masculines respon a la voluntat d'aconseguir un text més llegible i àgil, però té en compte tant les dones com els homes. No se n'han de desprendre, doncs, connotacions d'ús sexista o discriminatori.

1.1.3. Marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials

La Comissió per Reduir les Desigualtats Socials en Salut a Espanya va desenvolupar el marc conceptual dels determinants de les desigualtats social en salut l'any 2010 (Figura 1). Aquest marc està basat en models previs de Solar i Irwin (Solar and Irwin 2007) i de la Comissió de Determinants Socials de la Salut (CSDH 2008) amb les premisses de l'economia política de la teoria de la salut (Navarro 2004). El marc conceptual emfatitza que les desigualtats en salut vénen definides per determinants estructurals i determinants intermediaris.

Els determinants estructurals estan formats pel context socioeconòmic i polític i per l'estructura social. El context socioeconòmic i polític fa referència als factors que afecten l'estructura social i la distribució de poder i recursos dins la societat. Inclouen tant el govern i la tradició política com actors econòmics i socials com podrien ser les grans empreses. Aquests determinen les polítiques macroeconòmiques que regulen el mercat, les polítiques i les relacions de força entre els agents socials que afecten el mercat de treball així com les polítiques públiques que conformen l'Estat del Benestar. Pel que fa a l'estructura social, els diferents eixos de desigualtat com són l'edat, el gènere, la classe social, l'ètnia o la raça i el territori, determinen les jerarquies de poder en la societat. Així doncs, són aquests eixos els que determinen l'accés als recursos i al poder i la seva distribució de manera més o menys desigual en la societat segons com aquesta està organitzada. Les diferències socials observades en aquests eixos es manifesten doncs en desigualtats en salut, posant en evidència l'existència de desigualtats en salut a causa del poder, al prestigi i a l'accés als recursos.

Pel que fa als determinants intermedis, vénen definits per l'estructura social i la distribució dels recursos, i inclouen en primer lloc els recursos materials: condicions d'ocupació i treball, treball domèstic i cura de persones, el nivell d'ingressos i la situació econòmica, l'habitatge i la situació material i l'entorn residencial. Aquests recursos materials influeixen en els factors psicosocials i factors conductuals i biològics. Finalment, també té una influència, en la majoria dels casos, el sistema de salut, ja que un menor accés als serveis de salut i menor qualitat pot repercutir en la salut i benestar de les persones.

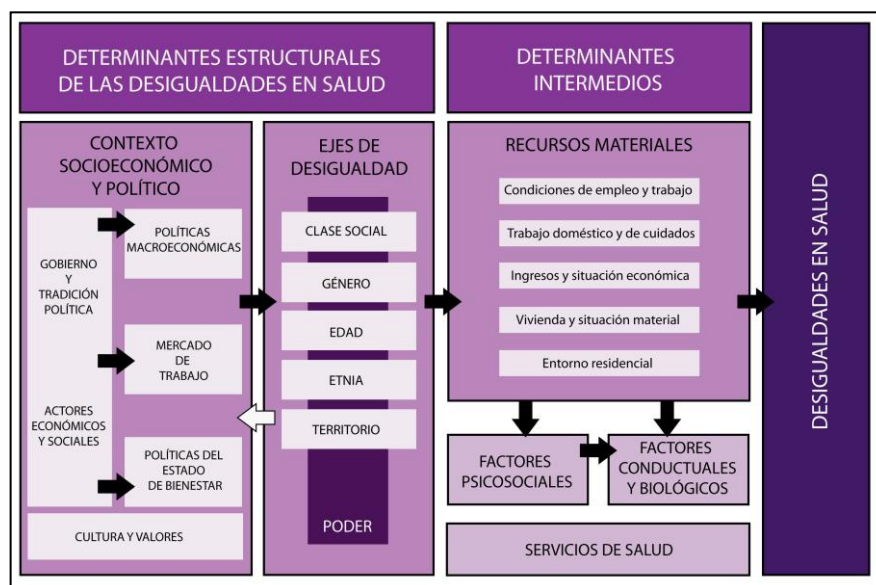


Figura 1. Marc conceptual dels determinants socials de les desigualtats en salut
Font: Comissió per reduir les desigualtats socials en salut a Espanya.

1.2. Condicions d'ocupació i treball. Definicions i determinants.

El treball és un pilar fonamental per l'activitat humana i el treball assalariat el suport econòmic de la majoria de les persones en les societats capitalistes occidentals.

La Comissió dels Determinants Socials de la Organització Mundial de la Salut (OMS) va definir les condicions d'ocupació i la precarietat laboral com determinants socials de la salut i de les desigualtats en salut amb una rellevància creixent i un impacte múltiple en la salut dels treballadors, les famílies i les comunitats (Benach et al. 2007; Marmot et al. 2008).

Per una banda, les *condicions de treball* inclouen tots els factors de risc físic, químic, ergonòmic, psicosocial i tecnològic del lloc de treball, així com la seva organització. Per altra banda, les *condicions d'ocupació* són aquelles que defineixen la relació de poder entre l'empleat i el seu ocupador. En les societats capitalistes, la majoria dels treballadors ofereixen la seva força de treball a un ocupador a canvi d'un salari, on les característiques d'aquesta relació solen estar definides mitjançant un contracte. Finalment, les *relacions laborals* fan referència a les relacions de poder entre ocupador i treballador, al grau de protecció social dels treballadors i les conductes, resultats i pràctiques que emanen o impacten sobre aquestes relacions laborals com pot ser la

jerarquia, l'organització col·lectiva de treballadors, la participació dels treballadors en la presa de decisions, els convenis col·lectius, institucions i lleis que estableixen els estàndards laborals, o la discriminació i la violència en el lloc de treball (Benach, Muntaner, et al. 2010).

Les condicions de treball, les condicions d'ocupació i les relacions laborals determinen si el treball tindrà un impacte positiu o negatiu sobre la salut i el benestar de la població treballadora (Benach, Muntaner, et al. 2010).

Les esferes d'influència que determinen les relacions laborals són, per una banda, les relacions entre els agents socials, com els governs, els sindicats i les patronals d'empresaris; i per altra banda les relacions directes entre ocupador i treballador. Les dues esferes interaccionen a través del mercat laboral i l'estat del benestar, que a la seva vegada defineixen la legislació i els convenis col·lectius que acabaran per determinar els contractes de treball. En conseqüència, l'equilibri de poder entre el capital i la força de treball és essencial en la definició de les condicions d'ocupació i treball (Benach, Muntaner, et al. 2010; Benach, Solar, et al. 2010).

1.3. Model teòric de les relacions d'ocupació, la precarietat laboral i la salut

El model teòric en el que es basa aquest estudi és el model que relaciona la precarietat laboral amb la salut i la qualitat de vida (Figura 1) (Benach et al. 2014). En ell es plasmen les complexes connexions i vincles existents entre les relacions laborals, les condicions d'ocupació, les condicions de treball i les desigualtats en salut, incloent a més, factors macro-estructurals com són les relacions de poder i les polítiques.

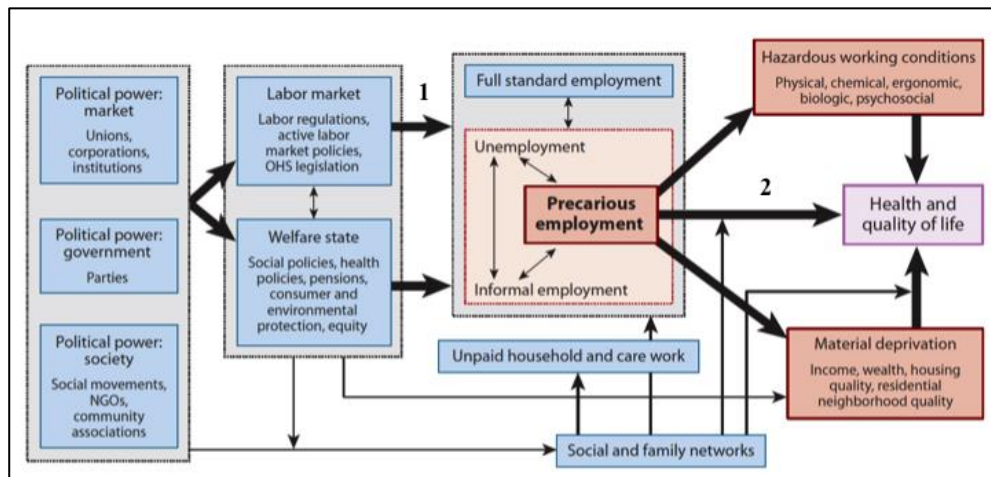


Figura 2. Model conceptual que vincula l'ocupació precària i la salut i la qualitat de vida a través de potencials mecanismes. Font: (Benach et al. 2014).

El model conceptual també inclou diferents camins causals potencials entre l'estructura de les relacions de poder polític (mercats, govern i societat) i les desigualtats en salut i la salut dels treballadors. Tots els elements de cada nivell estan interrelacionats i són interdependents entre sí. Les condicions d'ocupació són determinades per polítiques del mercat laboral i les polítiques de l'estat del benestar que a la seva vegada es veuen determinades per les relacions de poder entre els diferents actors: mercat, govern i societat.

Aquest estudi es centra en la dimensió més microestructura del model, sense aprofundir en els mecanismes macroestructurals en els que intervenen les polítiques. Els mecanismes que s'han explorat es presenten en el nou model elaborat *ad hoc* (Figura 3).

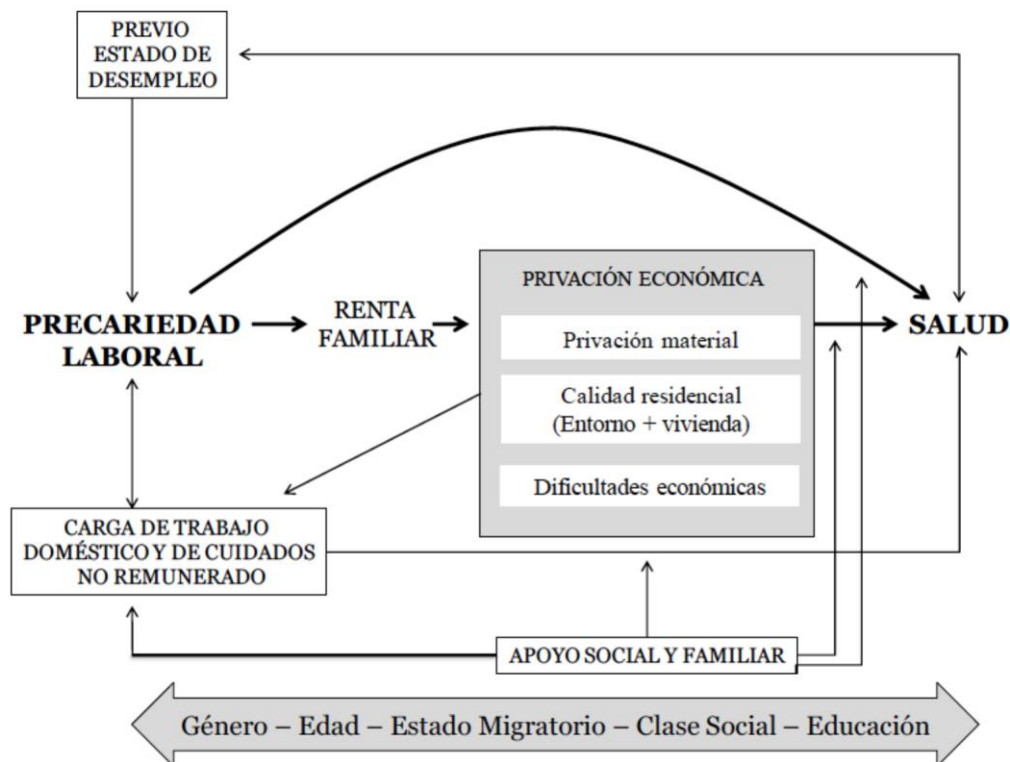


Figura 3. Model conceptual sobre la relació de la precarietat laboral i salut a través dels mecanismes mediat per privació econòmica incloent factors confusors i eixos de desigualtat. Font: Elaboració pròpia.

1.4. Les transformacions del mercat laboral: flexibilització i precarització

Des d'una perspectiva històrica, el mercat laboral ha patit profundes transformacions durant el S. XX i S. XXI. En els anys posteriors a la 2^a Guerra Mundial (1945 i fins a mitjans dels anys 1970, van convergir diferents factors que van permetre el desenvolupament i expansió de l'ocupació denominada "estàndard" amb les principals característiques de ser una ocupació permanent, a temps complet i amb accés a beneficis socials. Entre els factors polítics econòmics destaquen: un sistema de producció fordista, la implementació de polítiques econòmiques keynesianes; la construcció d'un estat del benestar i uns sindicats forts.

A partir de la crisi del model fordista de producció i el l'enfortiment de les polítiques neoliberals dels anys 70, es va configurar un nou escenari econòmic i polític a nivell global que va afavorir la flexibilització del mercat laboral ocasionant l'expansió de formes d'ocupació més precàries, amb pitjors condicions d'ocupació (Kalleberg 2009).

En el cas espanyol, les successives reformes legislatives, sobretot a partir de la crisi econòmica del 2008, per debilitar la regulació del mercat laboral van abaratir

l'acomiadament, van reduir les proteccions i el des de la negociació col·lectiva, facilitat els processos de reducció, reestructuració i externalització productiva provocant així un augment de la precarietat (Horwitz and Myant 2015). A més d'una disminució del poder de negociació de la classe treballadora en les relacions laborals a favor dels empresaris.

El mercat laboral espanyol es caracteritza per tenir un gran nucli de població treballadora amb una elevada protecció laboral, amb contractes permanents, i un sector perifèric de treballadors amb condicions d'ocupació amb més inseguretat, com són els treballadors temporals (Benach et al. 2014).

Tot i que la majoria de treballadors tenen, segons la definició tradicional, una elevada seguretat laboral al tenir un contracte permanent, recents estudis han posat de manifest que la precarietat laboral, inclòs durant els anys anteriors a la Gran Recessió era alta. A Espanya, durant el 2005 en un context de creixement econòmic i una taxa d'atur baixa, la prevalença de precarietat laboral entre els treballadors assalariats era del 48% (Alejandra Vives et al. 2011), passant a un 50% al 2010.

Les consecutives reformes laborals realitzades a Espanya a partir del 2008 han acabat per arrelar la flexibilització del mercat laboral i la desprotecció dels treballadors, provocant un augment de les feines de baixa qualitat (Julià 2016).

1.5. Precarietat laboral i salut

La precarietat laboral es pot definir com un constructe sociològic, generalment amb una falta o canvi en les regulacions que es donen en les relacions laborals estàndards. És entesa com un conjunt de dimensions que erosionen la relació estàndard d'ocupació i no com un conjunt finit de formes d'ocupació (Amable, Benach, and González 2001), reduint l'estabilitat dels treballadors i la seguretat laboral, debilitant la relació laboral i incrementant la vulnerabilitat de la població treballadora (Benach et al. 2000). Alguns autors consideren la precarietat com una dimensió més, fonamental, de la precarietat social (Gallie and Paugam 2002), un fenomen molt més ampli que es refereix als factors socials que erosionen els recursos i les capacitats de les persones i augmenten el seu risc (Puig-Barrachina et al. 2014).

Tot i que el terme precarietat laboral ha estat utilitzat per multitud de disciplines, com la sociologia, la economia, les ciències polítiques o la investigació en salut i és considerat un determinant social de la salut, no existeix un consens sobre la seva idoneïtat per definir les noves formes d'ocupació (Benach et al. 2014), i per tant, la comparació, tant nacional com internacional, té més dificultats. Alguns investigadors prefereixen parlar de “qualitat el treball” enlloc de precarietat laboral perquè consideren que aquest terme resulta tergiversat per les seves connotacions polítiques i la falta de consens sobre el seu ut a nivell europeu (Barbier 2008).

1.5.1. Unidimensionalitat de la precarietat laboral

La majoria de l'evidència disponible sobre la precarietat laboral i la seva relació amb la salut utilitza aproximacions unidimensionals, principalment la temporalitat i la percepció de la inseguretat laboral.

La *temporalitat* és el millor indicador de la precarietat laboral que es troba disponible en gran part les dades actuals per la recerca epidemiològica. La temporalitat fa referència a les situacions legals que difereixen del treball permanent, és a dir, que no donen una estabilitat a llarg termini. Tot i així, dins de la temporalitat hi ha una gran variabilitat de situacions com treball temporal amb data de finalització, obra i servei, treball a través d'ETT, o el que anomenen “on-call” que defineixen així els treballs que et truquen pel mateix moment (Bardasi and Francesconi 2004; Ferrie et al. 2008).

Un altre indicador utilitzat és la inseguretat laboral. Els estudis de la percepció d'inseguretat laboral es van incrementar quan la inseguretat es va tornar intrínseca en les noves formes d'ocupació. Aquesta percepció pot sorgir de circumstàncies objectives que poden suposar una amenaça per la continuïtat de la feina (De Witte 1999)(De Witte 1999), tot i que es pot reaccionar de manera diferent a una mateixa circumstància (Greenhalgh and Rosenblatt 1984; Rosenblatt, Talmud, and Ruvio 1999), o d'una interpretació dels factors contextuais, com la crisi econòmica o la situació del mercat de treball (Greenhalgh and Rosenblatt 1984). L'enfocament de la inseguretat laboral es basa en la percepció subjectiva de la pèrdua involuntària de l'ocupació (De Cuyper and De Witte 2007; Sverke, Hellgren, and Näswall 2002).

Aquestes mesures però, no tenen en compte les diferents dimensions de la precarietat (Benach et al. 2014).

1.5.2. Multidimensionalitat de la precarietat laboral

Les mesures unidimensionals però, no tenen en compte les diferents dimensions de la precarietat laboral. Per això, en les últimes dècades s'han elaborat diferents aproximacions multidimensionals a l'estudi de la precarietat laboral que pretenen superar les limitacions de les aproximacions unidimensionals, tot i que algunes d'elles no tenen la paraula precarietat i utilitzen dimensions de la qualitat de l'ocupació.

Una primera aproximació va ser a través de la definició sociològica de la precarietat laboral a través de diferents dimensions de Rodgers (Rodgers 1989)(Rodgers 1989): inestabilitat, falta de protecció, inseguretat i la vulnerabilitat social i econòmica. Una segona aproximació és el model de "Employment strain" basada en el model de control-càrrega de treball-suport però en relació al control sobre el futur laboral, l'esforç per trobar i mantenir l'ocupació i el suport a la feina i fora d'aquesta (Lewchuk et al. 2003). Una tercera aproximació consisteix en crear combinacions entre diferents tipus de contractes legals tenint en compte a més la mida de l'empresa, l'estat dels sindicats i el salari per hora creant un contínuum de precarietat entre les diferents categories (Cranford, Vosko, and Zukewich 2003). Una quarta aproximació inclou les quatre dimensions de Rodgers més quatre dimensions: incertesa de la situació laboral, risc d'exposició a riscos físics, suport social a la feina i les oportunitats de formació i promoció professional (Tompá et al. 2007). Una altra aproximació és el "model PDR". Aquest model conté tres categories: pressions econòmiques i de recompensa, desorganització al lloc de treball, i falta de regulació (Quinlan and Bohle 2004). Una sisena aproximació és la falta d'alguna de les set formes de seguretat relacionades amb el treball seguretat en el mercat de treball: seguretat en el mercat de treball, seguretat en l'ocupació, seguretat en el lloc de treball, seguretat en el treball, seguretat en la reproducció de les habilitats, seguretat en els ingressos i seguretat en la representació col·lectiva en el mercat de treball (Standing 2011)(Standing 2011).

Una última aproximació multidimensional és el constructe de la precarietat laboral realitzada pel grup de recerca GREDS-EMCONET de la Universitat Pompeu Fabra (Amable 2006) explicada en més profunditat en el següent apartat.

1.5.3. El constructe de precarietat laboral

Origen del constructe

A partir de les investigacions qualitatives i quantitatives del grup de recerca GREDS-EMCONET de Barcelona es va desenvolupar un constructe multidimensional de la precarietat per tal de superar les limitacions conceptuals i metodològiques per ser utilitzat en la recerca epidemiològica (Amable 2006).

El constructe està basat amb les quatre dimensions de Rodgers (Rodgers 1989)(Rodgers 1989) (estabilitat laboral, falta de negociació col·lectiva, falta de protecció en el lloc de treball i drets en la seguretat social, i ingressos baixos) i es van incloure dues dimensions més a partir de l'estudi multimètode: vulnerabilitat i desapoderament de l'exercici de drets) formant finalment sis dimensions.

Dimensions del constructe

El constructe de precarietat laboral inclou les quatre dimensions de Rogers: estabilitat laboral, falta de negociació col·lectiva, falta de protecció en el lloc de treball i drets en la seguretat social y ingressos baixos (Rodgers 1989). A més, inclou dues altres dimensions noves obtingudes a partir d'un estudi multi-mètode: vulnerabilitat i desapoderament de l'exercici de drets (Amable et al. 2001). Per tant, les dimensions que formen part del constructe de EPRES són sis: temporalitat, salari, desapoderament, vulnerabilitat, drets i capacitat d'exercici dels drets (Amable 2006; Vives et al. 2010).

- a) *Temporalitat o inestabilitat laboral.* Fa referència a la tipologia contractual, la seva duració i el temps que porta el treballador a l'empresa. La temporalitat ha estat relacionada a la inestabilitat laboral (Catalano, Rook, and Dooley 1986; Virtanen et al. 2003) i a una pitjor salut d'aquests treballadors (M. Virtanen et al. 2005). Aquesta inestabilitat laboral està associada a una inestabilitat social, és a dir, a la dificultat per estabilitzar-se a la vida, com pot ser independitzar-se o formar una família (Artazcoz et al. 2005).
- b) *Salari.* Fa referència al sou mensual que rep el treballador, però també si pot cobrir amb ell les necessitats bàsiques i les despeses imprevistes.
- c) *Desapoderament.* Està relacionat amb la capacitat individual o col·lectiva de negociació que tenen sobre les seves condicions de treball i ocupació.

- d) *Vulnerabilitat*. Fa referència a les relacions de poder explícites i implícites presents en el lloc de treball, en les que els treballadors no tenen els recursos necessaris per afrontar el tractament autoritari o discriminatori, així com denunciar una situació d'inseguretat o injustícia en el lloc de treball per por a ser acomiadat.
- e) *Drets*. Inclouen les prestacions a les que tenen dret els treballadors: baixa per maternitat o paternitat, pensió de jubilació, incapacitat, subsidi d'atur o dret a indemnització per acomiadament. Aquests drets poden ser limitats en segons quins tipus de treballadors, com per exemple aquells amb un contracte a temps parcial.
- f) *Capacitat d'exercir els drets*. Es considera complementaria a la dimensió de drets i fa referència al grau en què els treballadors exerceixen els seus drets. La incapacitat d'exercir els drets pot ser resultat de les amenaces implícites o explícites de perdre la feina. Gaudir dels dies festius setmanals sense problemes o sol·licitar una baixa mèdica quan és necessaris són exemples d'aquesta dimensió.

L'Escala de precarietat laboral

La primera versió del EPRES realitzada l'any 2005 amb les sis dimensions estaven formades per 26 ítems. Aquesta versió va ser validada per la població espanyola l'any 2005 demostrant unes bones propietats psicomètriques i una bona validació del constructe (Vives et al. 2010) per la seva aplicació en estudis epidemiològics (Alejandra Vives et al. 2011).

L'any 2010 es va realitzar una revisió de l'EPRES amb canvis per superar les limitacions identificades en la validació de l'anterior i confirmar que podria ser utilitzada en el context de crisi econòmica del 2010, on a Espanya hi havia una elevada taxa d'atur (Vives et al. 2015). En aquesta versió revisada, les sis dimensions estan formades finalment per 22 ítems.

1.5.4. Relació precarietat laboral i salut

La forma en què s'ha estudiat empíricament la relació entre condicions d'ocupació i les seves conseqüències en salut és molt variada, però principalment s'ha estudiat des d'una perspectiva unidimensional a través de la temporalitat i la inseguretat en el treball o en els últims anys, a través d'una aproximació multidimensional de la precarietat laboral.

Els estudis a través de la *temporalitat* i la seva relació amb la salut es centren principalment en la durada del contracte i en les diferències amb els treballadors permanents. Segons la literatura, els treballadors temporals tenen pitjors condicions de treball (Aronsson, Gustafsson, and Dallner 2002), estan menys informats pel que fa a la salut i seguretat en el treball (Aronsson 1999), reben menys formació en el lloc de treball (Aronsson et al. 2002), i tenen més lesions per accident de treball (Benavides et al. 2006; M. Virtanen et al. 2005). Per altra banda, se'ls atribueixen menys baixes laborals degut possiblement a un presentisme més elevat (Johns 2010; M. Virtanen et al. 2005) o a una millor salut física (Virtanen et al. 2001). Pel que fa a la salut, en canvi, els resultats són discrepants degut possiblement a l'elevada heterogeneïtat, tant en la tipologia dels contractes temporals com en el context on estan realitzats els diferents estudis. Alguns autors troben que els treballadors temporals tenen pitjor salut autopercebuda (Pirani and Salvini 2015) i/o salut mental (Kim et al. 2010; Virtanen, Janlert, and Hammarström 2011; Waenerlund, Virtanen, and Hammarström 2011), altres autors troben que tenen millor salut autopercebuda (Virtanen et al. 2001), o que no hi ha diferències respecte als treballadors permanents (Bardasi and Francesconi 2004; Bernhard-Oettel, Sverke, and De Witte 2005). Hi ha molts autors que utilitzen la paraula precarietat laboral com a sinònim de la temporalitat en els seus estudis (Kachi, Otsuka, and Kawada 2014; Keuskamp et al. 2013; Park 2015).

Pel que fa als estudis a través de la *inseguretat en el treball*, definida com a la probabilitat autopercebuda de perdre un treball involuntàriament, els resultats són més homogenis. La inseguretat està associada amb mala salut autopercebuda, salut mental i la insatisfacció en el treball (Burgard, Brand, and House 2009; Burgard, Kalousova, and Seefeldt 2012; Ferrie et al. 2013; Sverke et al. 2002). La sensació d'inseguretat subjectiva pot estar incrementada per factors externs com pot ser la crisi econòmica però també per una sensació més objectiva com les reduccions de plantilla a l'empresa.

La relació entre precarietat laboral mesurada multidimensionalment i salut ha estat poc desenvolupada tot i que en els últims anys ha augmentat utilitzant algunes de les mesures explicades anteriorment.

Els resultats de la relació entre precarietat laboral mesurada amb l'EPRES i la salut en la població espanyola mostren que els treballadors amb una precarietat laboral més elevada reporten pitjor salut mental, sent pitjor en el cas de les dones, els joves, immigrants i treballadores manuals (Julià et al. 2017; Alejandra Vives et al. 2011; Vives

et al. 2013). Un altre estudi realitzat amb dades de l'Enquesta Catalana de Condicions de Treball de l'any 2010 també va trobar una associació en forma de gradient entre la precarietat laboral i la mala salut mental i autopercebuda, sent major l'impacte en les dones (Benach et al. 2015).

Un estudi recent en treballadors de la UE-27 va mostrar que els treballadors informals presenten una prevalença de precarietat laboral més elevada que aquells que tenen contractes permanents i temporals, però que no presenten diferències en l'associació amb la mala salut mental amb els permanents. Tot i així, això no es veu reflectit en una pitjor salut. També es va observar que les variables de precarietat laboral tenien un major impacte en l'associació amb salut que les variables de condicions de treball (Julià 2016).

Existeixen varies hipòtesis que proposen mecanismes mitjançant els quals la precarietat laboral afecta la salut (Benach et al. 2014): a) limitant la vida personals dels treballadors, per exemple, impedit la construcció d'un projecte de vida (Clarke et al. 2007); b) actuant com estressor en el lloc de treball (Amable et al. 2001); c) de forma mediada a través de la privació social i material; d) a través de l'exposició a riscos laborals; e) sometent a baixos estàndards de salut i seguretat laboral (Quinlan, Mayhew, and Bohle 2001); f) provocant estats d'atur intermitents; g) exposant a una alta càrrega de treball (Clarke et al. 2007); i h) propiciant el presentisme laboral (P. Virtanen et al. 2005).

1.6. Privació econòmica com a mediador entre precarietat laboral i salut

La privació econòmica és un concepte multidimensional i dinàmic que Townsend (Townsend 1987) va definir com “un estat observable i desmuntable de desavantatge en relació a la comunitat local o a tota la societat a la que un individu pertany”. Això es diferencia de la pobresa que es refereix a la carència de recursos monetaris suficients per el desenvolupament de la vida quotidiana (Nolan and Whelan 2010). El concepte de privació s'emmarca dins del marc de l'exclusió social, una concepció més ampla que inclou les capacitats socials, de participació, falta de suport social, discriminació i aïllament.

Els factors de defineixen la privació econòmica, basant-se en els factors intermedis proposats per la Comissió sobre Determinants Socials de la Salut de la OMS són: la

privació matèria, definida com la falta de recursos materials de consum bàsic, les dificultats econòmiques, enteses com retards en el pagament de rebuts de serveis bàsics com la llum, aigua o el lloguer o hipoteca de l'habitatge principal per dificultats financeres, i la qualitat residencial que engloba la qualitat de l'habitatge principal i la qualitat de l'entorn residencial (Pfortner and Elgar 2016).

Diferents estudis han posat de manifest l'associació existent entre la privació econòmica i material amb la salut (Kiely et al. 2015; Pfortner and Elgar 2016). La privació material severa s'ha associat amb mala salut tant en estudis transversals (Groffen et al. 2007) com en estudis longitudinal son s'han associat alts nivells de privació material amb mala salut auto-reportada i depressió (Butterworth, Rodgers, and Windsor 2009; Gunasekara et al. 2013; Whelan and Maître 2012). La mateixa associació s'ha evidenciat en diferents estudis de tipus ecològic (Bobak et al. 2000). Segons diversos estudis prospectius, la privació econòmica seria capaç de captar millor les variacions en salut que els ingressos (Gunasekara et al. 2013; Schulz et al. 2006).

Respecte a la relació entre l'àmbit del treball i la privació material, la literatura mostra que existeix una associació entre les condicions d'ocupació i la privació econòmica (Borrell et al. 2013; Lynch, Kaplan, and Salonen 1997). Així mateix, es considera que un dels factors fonamentals per prevenir la pobresa i l'exclusió social és el treball com a font principal d'ingressos (Aragón et al. 2012).

Un estudi realitzat amb dades Whitehall II van observar un possible paper mediador de la privació material i les dificultats econòmiques en la relació entre inseguretat laboral i la salut autopercebuda (Ferrie et al. 2005). A més, estudis més recents a nivell europeu mostren el paper mediador de la privació econòmica en l'efecte de les condicions d'ocupació sobre la salut dels treballadors (Bacci et al. 2017).

1.7. Atur, informalitat i salut

L'ocupació és la principal font d'ingressos per als individus i famílies, i en aquest sentit hi ha evidència que l'atur de llarg termini pot afectar la salut a través de la privació material (Gallie 2013). Però la pèrdua del treball no només afecta els recursos econòmics, sinó també la identitat, l'autoestima i el control de l'individu sobre la seva

pròpia existència (Gebel and Voßemer 2014; Nordenmark and Strandh 1999). El benestar psicològic individual necessita de cinc elements: estructuració del temps, contacte social, objectius vitals, una identitat social o estatus i una activitat regular (Jahoda 1982): el aturats en aquest cas es veuen privats simultàniament de tots cinc.

Una àmplia literatura científica on s'inclouen estudis realitzats amb diferents tipus de dissenys metodològics (per exemple, estudis ecològics, transversals i longitudinals) i en diferents contextos mostra els efectes adversos dels episodis d'atur per a la salut, tant física com mental (Dooley, Fielding, and Levi 1996; Paul and Moser 2009; Shortt 1996), així com l'adopció d'estils de vida desfavorables (Benavides et al. 2000). Aquesta relació també s'ha confirmat després de controlar l'efecte de possibles variables confusores com ara l'estatus socioeconòmic, el nivell educatiu i els ingressos. (Artazcoz et al. 2004).

La relació entre informalitat i salut no està tant estudiada com en el cas de l'atur o la precarietat laboral. Així, la literatura mostra que en els països de renda baixa i mitja els treballadors informals tenen males condicions de treball (Loewenson 2002) que els fa més vulnerables. Com a resultat, això podria causar mala salut i desigualtats en salut comparat amb els treballadors formals (Alfers and Rogan 2014; López-Ruiz et al. 2015). En el cas dels països de renda alta, com és el cas de Catalunya, no hi ha gaire evidència, però un estudi recent amb dades de la Unió Europea mostra com tot i que els treballadors informals presenten unes pitjors condicions de treball i una precarietat laboral més elevada comparat amb els treballadors permanents i temporals, això no es veu reflectit en una pitjor salut, ni mental ni autopercebuda (Julià 2016).

1.8. La situació del mercat laboral en la ciutat de Barcelona

Segons dades de l'Enquesta de Població Activa (EPA) del segon trimestre de 2016, a la ciutat de Barcelona, la taxa d'ocupació va ser més elevada en homes (58%) que en dones (49,6%). Per altra banda, la taxa d'atur va ser més elevada en dones (15,1%) que en homes (11,4%). Les dues taxes van ser inferiors en 3 punts a les registrades en Catalunya i 6 punts inferiors que a Espanya.

El mercat laboral de la ciutat de Barcelona té un 84% de treballadors assalariats i es caracteritza per una elevada inestabilitat. Segons la EPA, el percentatge dels

treballadors amb contracte temporal era de 18,2% en el segon trimestre del 2016, una xifra menor que en el total de Catalunya (20,7%) i Espanya (25,7%), però molt superior a la mitjana europea (11,1%).

Aquesta taxa de temporalitat, que podríem considerar com a una aproximació unidimensional a la precarietat laboral a falta d'una aproximació multidimensional, ens presenta un escenari d'elevada precarietat. Com s'ha indicat anteriorment, no existeixen dades sobre els nivells de precarietat laboral mesurat de forma multidimensional per Barcelona, però sí per Catalunya. Així, com hem comentat anteriorment, segons un estudi utilitzant l'Enquesta Catalana de Condicions de Treball de 2010, s'estima que la prevalença de precarietat laboral a Catalunya és del 42,6% (Benach et al. 2015).

Segons la EPA del segon trimestre del 2016, la taxa d'atur a la ciutat de Barcelona és de 7,9%, una xifra inferior que la del total de Catalunya (16,0%) i molt inferior amb la d'Espanya (20,0%), i fins i tot inferior a la mitjana de la Unió Europea (8,6%).

Malaauradament per la taxa d'informalitat o la prevalença de treballadors informals no hi ha dades oficials disponibles per la ciutat de Barcelona, però un estudi a nivell de la Unió Europea va mostrar que hi ha un 4% de treballadors assalariats informals (Julià 2016).

1.9. Serveis socials en la ciutat de Barcelona i Catalunya

Barcelona és una ciutat que pateix grans desigualtats socials i de salut com mostra la diferència de l'esperança de vida entre el barri més ric i el més pobre que és de 11 anys (Bartoll et al. 2014; Cano-Serral et al. 2009). En el 2011, un 27,4% de la població de la ciutat de Barcelona estaven en risc de pobresa o exclusió social segons les dades de l'Enquesta de Condicions de Vida de Catalunya calculat usant la taxa AROPE² (Barcelona 2011). Aquesta taxa es construeix a partir de:

- 1) Risc de pobresa, la renda de la llar es troben per sota el llindar de la pobresa, és a dir, el 60% de la mitjana de la renda nacional equivalent en unitats de consum (Faura-Martínez, Lafuente-Lechuga, and García-Luque 2016).

² Indicador del risc de pobresa i exclusió social definit per la Comissió Europea en el marc de l'agenda dels Objectius 2020.

- 2) Privació material severa, es a dir, no poder afrontar el pagament de com a mínim 4 de 9 productes de consum bàsic.
- 3) Viure en una llar amb escassa activitat laboral. Que les persones actives hagin treballat menys del 20% del seu potencial total durant els 12 mesos anteriors a l'entrevista (Faura-Martínez et al. 2016; Gilsanz, Española, and FOESSA 2014).

A Barcelona, el 18,3% de les llars es troben en risc de pobresa. A Catalunya, el 5% de les llars pateixen privació material severa i un 9,3% presenta escassa activitat laboral (IDESCAT 2014).

En relació als serveis socials, com senyala el preàmbul de la Llei 12/2007 de serveis socials, aquests son “un dels sistemes de l'estat del benestar [...] Són el conjunt d'intervencions que tenen com a objectiu garantir les necessitats bàsiques dels ciutadans”. L'objectiu principal dels serveis socials de Barcelona és “promoure els mecanismes per conèixer, prevenir i intervenir amb persones, famílies i grups socials, especialment si es troben en situació de risc social o d'exclusió. A Barcelona, els centre de serveis socials estan organitzats territorialment i estan dotats d'equips multidisciplinaris orientats a l'atenció individual, familiar i col·lectiva (Ajuntament de Barcelona 2012).

Segons l'Informe de serveis socials a Espanya realitzat per Consell General del Treball Social a través d'una enquesta realitzada a 1361 treballadors socials, el 42% de les prestacions sol·licitades en serveis socials de Catalunya estaven relacionades amb la dependència, i un 38% a la pobresa i exclusió. El perfil de la població usuària de serveis socials és de persones que tenen greus dificultats econòmiques que no els hi permet cobrir les seves necessitats bàsiques (Serveis Socials 2013).

2. OBJECTIUS

2. Objectius

2.1. Objectiu general

L'objectiu general d'aquest estudi és fer una diagnosi profunda de la qualitat del treball i la precarietat laboral a la ciutat de Barcelona i la seva relació amb la salut i qualitat de vida dels treballadors.

2.1. Objectius específics

Per això, els objectius específics van ser:

1. Descriure les característiques de la població ocupada usuària dels serveis socials a Barcelona en relació a la precarietat laboral, atur, informalitat, privació econòmica, salut mental i salut general.
2. Estudiar l'associació de la salut mental i la salut autopercebuda amb la precarietat laboral, l'atur i la informalitat en una subpoblació amb elevada prevalença de risc de pobresa i exclusió de Barcelona
3. Explorar el paper que juga la privació econòmica en l'associació entre la precarietat laboral i la salut.
4. Identificar i seleccionar les polítiques socials i laborals adients per millorar la qualitat del treball (ocupació) i disminuir les desigualtats en salut i aplicar-les a la població.

3. HIPÒTESIS

3. Hipòtesis

Amb tota la resta, les hipòtesis d'aquest estudi són:

1. La prevalença de privació econòmica, precarietat laboral, atur, informalitat, i mala salut mental i autopercebuda en la subpoblació objecte d'estudi és més elevada que la descrita per la població general de Barcelona.
2. Existeix una associació de la precarietat laboral, l'atur i la informalitat amb la mala salut autopercebuda i la mala salut mental, existint a més un gradient en el cas de la precarietat segons el seu nivell: nivells més elevats de precarietat laboral està associada a pitjors resultats en salut.
3. La privació econòmica constitueix un factor mediador en l'associació entre la precarietat laboral i la salut.

4. METODOLOGIA

4. Metodologia

4.1. Disseny de l'enquesta i població d'estudi

Les dades utilitzades en aquest estudi es van obtenir de l'Enquesta de Condicions de Vida que l'Ajuntament de Barcelona va passar als Usuaris de Serveis Socials de la ciutat de Barcelona entre el febrer i el juny del 2016.

Es van entrevistar a individus i familiars seus que van ser atesos en alguns dels 40 centre de serveis socials de la ciutat, amb una $n=9.821$. Tota la població usuària dels serveis socials eren seleccionats per el treballador social de referència per ser part de l'estudi atenent però a uns criteris d'exclusió degut a les dificultats en el moment d'administrar l'enquesta: 1) casos de malaltia mental, 2) caos de maltractament, 3) famílies complexes on hagués intervingut els equips d'atenció a la infància i adolescència, 4) situacions de gran desestructuració familiar, 5) primeres visites per tractar-se en la seva majoria de sol·licituds d'informació. Era el treballadors social qui decidia en última instància sobre la capacitat de l'usuari de participar en l'estudi.

Els qüestionaris van ser administrats als participants i als seus familiars (majors de 16 anys) mitjançant entrevistes cara a cara realitzades per els treballadors del Pla Municipal d'Ocupació prèviament capacitats. La taxa de resposta va ser del 80%. L'enquesta era voluntària i confidencial, i tots els participants van signar un consentiment informat. Totes les dades van ser completament anonimitzades abans de l'anàlisi de les dades.

Com s'ha comentat anteriorment, l'escala de Precarietat Laboral (EPRES) només ha estat validada per treballadors assalariats amb contracte, per tant, per la part de l'anàlisi de la precarietat laboral d'aquest estudi es va restringir l'anàlisi als treballadors permanents i temporals amb contracte en edat de treballar (16-65 anys), la qual era una mostra total de $n=1.554$. Per tant, es van excloure els treballadors autònoms, autònoms dependents, assalariats sense contracte, estudiants o enquestats amb situació desconeguda ($n=347$). Finalment, tots els subjectes amb no-resposta en alguna de les variables d'estudi també van ser exclosos ($n=350$) (Veure annex I per veure la selecció de la submostra i la diferència entre exclosos i inclosos). La grandària de la mostra final va ser de 1.204 treballadores assalariades usuàries dels serveis socials de la ciutat de Barcelona. Per l'anàlisi de l'atur es va utilitzar tota la mostra i per la informalitat els treballadors assalariats ($n=1849$).

4.2. Variables d'estudi

a) Precarietat laboral.

La precarietat laboral va ser mesurada a través de l'escala de precarietat laboral (EPRES), un qüestionari estructurat, validat per treballadors assalariats amb contracte. Està format per 22 ítems agrupats en sis sub-escala explicades en més profunditat anteriorment: inestabilitat, desapoderament, drets, vulnerabilitat, salaris, capacitat d'exercir els salaris. En el present estudi no es va incloure l'escala "salari" perquè els ítems corresponents no es van incloure finalment en el qüestionari que es va dissenyar en la fase I d'aquest projecte.

Les puntuacions de cada escala es van obtenir mitjançant mitjanes simples dels ítems inclosos dins de cada variable en escales de 0-4 seguidament mitjanats a una puntuació resum entre 0 i 4.

Per descriure la prevalença de precarietat laboral es va establir com a punt de tall l'1 (<1 , no precari; ≥ 1 , precari). En els models es van construir quartils de precarietat basant-se en la distribució mostral. En l'anàlisi de la mediació de la privació econòmica entre la salut i la precarietat es va utilitzar la puntuació continua de 0 a 4.

b) Atur

L'atur es va mesurar mitjançant la pregunta de "Quina és la seva situació principal en relació a la seva activitat?" considerant aturats els que van respondre "no treballa però busca feina". A més, també es va analitzar si els aturats que havien treballat anteriorment rebien prestacions econòmiques diferenciat en tres categories: prestació contributiva, prestació assistencial i algun tipus de subsidi o assegurança d'atur.

c) Informalitat

La informalitat es va estimar mitjançant la resposta "sense contracte" a la pregunta "Quin tipus de relació laboral té amb l'empresa que treballa?" que contesten les persones que han declarat que estaven treballant. Per tant, només estem analitzant els treballadors assalariats sense contracte ($n=229$) del total de treballadors assalariats ($n=1.849$). No inclou els possibles treballadors autònoms o empresaris informals ja que amb les dades de l'enquesta no es poden localitzar. Tot així, és una de les possibilitats

que hi ha per analitzar la informalitat amb dades disponibles de les enquestes actuals (Julià et al. 2016).

d) Salut Mental.

La salut mental es va estimar mitjançant la versió espanyola de 5 ítems inclosa en la “Short Form-36 Health Survey” (SF-36) (Alonso et al. 1998), la quals percep sentiments de nerviosisme, ansietat, depressió i benestar psicològic durant les últimes quatre setmanes (Ware 1993). La salut mental es va calcular sumant els cinc ítems i transformant-los en una escala de 0-100.

Degut a que no hi ha establert un punt de tall en l’escala que indiqui un bon estat de salut mental, l’estratègia d’interpretació més recomanada per l’escala són les normes basades en la població de referència. Es van establir les normes de referència per la població espanyola segons sexes i edat obtingudes en 1996 d’una mostra representativa de la població general (Alonso et al. 1998), definim un estat de mala salut mental com la puntuació per sota del percentil 25 (el més baix).

e) Salut autopercebuda.

La salut autopercebuda es va mesurar mitjançant una pregunta directa del qüestionari: “Com diria que és el seu estat de salut general?” Les respostes es van obtenir mitjançant una escala Likert de 5 punts: molt bona, bona, regular, dolenta i molt dolenta. La variables es va dicotomitza en “bona salut” (bona, molt bona) i “mala salut” (regular, dolenta i molt dolenta).

f) Privació econòmica.

L’indicador de privació econòmica utilitzat en aquest estudi està basat en la determinació subjectiva de 26 ítems (Taula 4) similars als utilitzats per la Comissió Europea (European Commission 2015). Es van definir 4 dimensions a partir d’un anàlisi factorial exploratori: privació material bàsica, dificultats econòmiques, qualitat de l’entorn residencial i qualitat de l’habitatge (anàlisi no mostrat). Tots els índexs es van estandarditzar per què pregués valors entre 0 (menor privació) i 4 (màxima privació). Les dimensions trobades es corresponen en la seva majoria a les propostes en estudis

anteriors (Bacci et al. 2017; Guio et al. 2016). Es van eliminar 5 ítems (privació de rentadora, televisor, telèfon, dutxa o banyera) per tenir categories amb freqüències molt baixes.

g) Variables sociodemogràfiques.

Com a variables sociodemogràfiques es van utilitzar sexe (home/dona), edat (agrupat en 16-24, 25-34, 35-44, 45-54 i 55-65 anys), país de naixement (Espanya o un altre país), estructura de la llar (persones que viuen soles, que comparteixen pis, parelles sense càrregues familiars, parelles amb càrregues familiars, persones soles amb càrregues familiars) i nivell socioeconòmic. Aquest últim es va recollir mitjançant dues variables: el nivell educatiu (primari, secundari i universitari) i la classe social ocupacional (SCI+II: professionals i directius, SCIII: personal administratiu i supervisor i no manuals, SCIV+V: manuals qualificats, semi-qualificats i no qualificats).

h) Variables potencialment confusores.

Es van tenir en compte tres variables que podien confondre l'associació entre precarietat laboral i salut: haver patit un problema de salut en els últims dotze mesos que hagi impedit realitzar les activitats quotidianes durant almenys 15 dies, haver estat aturat en els 12 mesos anteriors a l'enquesta i el número d'hores dedicades al treball domèstic i de cures no remunerades en la llar (Artazcoz et al. 2004).

4.3. Anàlisi estadístic

a) Anàlisi descriptiu

Es va realitzar una descripció de la distribució absoluta i relativa de totes les variables, així com la prevalença de precarietat laboral, atur, informalitat i mala salut mental i autopercebuda, estratificant per sexe. La significació estadística es va comprovar mitjançant el test de tendència i chi quadrat.

b) Modelització estadística

Les associacions de precarietat laboral, atur i informalitat amb la mala salut es van estimar mitjançant raons de prevalença (RP) ajustades amb models multivariants de regressió de Poisson robust. Els models realitzats van ser:

Model 1: cru (bivariat).

Model 2: ajustat per variables sociodemogràfiques (edat, país d'origen, educació i classe social ocupacional).

Model 3: model 2 + variables confusores (atur previ, problemes de salut i càrrega de treball domèstic).

Model 4: model 3 + índex de privació.

Tots els resultats es van estratificar per sexe.

c) Anàlisi de la mediació

L'anàlisi de la mediació es va realitzar utilitzant la mostra de treballadors assalariats amb contracte. La mesura a través de la privació econòmica entre la precarietat laboral i la mala salut es va analitzar seguint el mètode proposat per DA Kenny per Stata 13 que inclou els següents passos: càlcul de (1) efecte total (coeficient de la variable precarietat laboral sobre l'outcome (salut mental o autopercebuda), incloent les covariables, sense el mediador (privació econòmica). (2) efecte directe (coeficient de la precarietat laboral sobre l'outcome, incloent les covariables i mediador. (3) efecte indirecte (producte del coeficient de regressió de la variable precarietat laboral sobre la privació econòmica i el de la privació econòmica sobre la salut) (Kenny 2008).

Complementàriament, i com aconsellen diversos autors (VanderWeele 2016; Zhao, Lynch Jr, and Chen 2010) es va utilitzar el mètode de bootstrapping amb 5000 rèpliques pel càlcul d'interval de confiança amb correcció de biaix a mode d'anàlisi de sensibilitat. La mediació es va considerar significativa si l'efecte directe era significatiu (els intervals no incloïen el zero). Per altre banda, si l'efecte directe era significatiu, la mediació es va considerar parcial (Zhao et al. 2010).

4.4. Recomanacions polítiques

Per tal d'assolir el quart objectiu d'aquest estudi "identificar i seleccionar polítiques socials i laborals adients per millorar la qualitat de l'ocupació i disminuir les desigualtats en salut i aplicar-les a la població", es va recórrer a la metodologia qualitativa del panel d'experts.

El panel d'experts és una tècnica utilitzada en l'investigació qualitativa que consisteix en invitar a persones especialistes en un determinat problema o àrea de coneixement per tal d'obtenir el seu punt de vista i opinió per validar o avaluar els resultats d'una recerca.

El panel va ser conformat per vuit especialistes procedents de diferents àmbits de coneixement com ara polítiques públiques i laborals, economia, sociologia i antropologia. En una primera fase els resultats de l'estudi previ sobre els usuaris dels serveis socials van ser presentats als integrants del panel. Posteriorment es va encetar una discussió al llarg de la qual foren proposades diferents polítiques potencialment aplicables per tal de millorar la qualitat de l'ocupació i les desigualtats en salut dels treballadors. Les propostes foren agrupades per temàtiques i finalment redactades en el seu format actual.

Com a complement del panel d'experts, també es va dur a terme una revisió bibliogràfica no sistemàtica sobre polítiques públiques de caire laboral i social. Aquesta revisió es realitzar sobre les principals bases de dades de literatura científica, així com a partir de literatura grisa localitzada a través del buscador.

5. RESULTATS

5. Resultats

5.1. Descripció de les mostres

La taula 1 mostra la descripció de la mostra general, de la mostra de treballadors assalariats amb contracte laboral, és a dir, aquells que han estat utilitzats per l'estudi de la precarietat laboral, la mostra d'aturat i la mostra de treballadors assalariats sense contracte, és a dir, dels treballadors informals.

A continuació es presenten les prevalences de cada mostra per totes les variables sociodemogràfiques analitzades.

Mostra general

Del total de la mostra analitzada, un 59% eren dones. D'aquestes, el percentatge més elevat eren de 35 a 44 anys (23,6%), d'origen espanyol (53,9%), amb educació primària (51,7%), de classe social IV+ V (50,7%), vivien soles amb càrregues familiars (39%) i amb una mitjana d'hores de dedicació al treball domèstic de 25,2h la setmana. Un 59,3% no van patir problemes de salut l'any anterior, presenten una elevada prevalença de mala salut mental (53,7%) i una elevada prevalença de mala salut autopercebuda (64,1%). En el cas dels homes, el percentatge més elevat es trobaven entre 45 i 55 anys (21,2%), d'origen espanyol (54,2%), amb educació primària (49,4%), de classe social IV+V (55%), vivien en parella amb càrregues familiars (45,5%), i realitzaven una mitjana de 13,9h de dedicació al treball domèstic. Un 66,8% no van patir problemes de salut l'any anterior (66,8%), tenien una prevalença de mala salut mental elevada (54%) i també de mala salut autopercebuda (52,2%).

Treballadors assalariats amb contracte

La sub-mostra de treballadors assalariats amb contracte analitzada per l'estudi de la precarietat laboral estava formada per un elevat percentatge de dones (66%), treballadors manuals (SC IV-V) (45%), amb estudis de secundària (68%), estrangers (64%), que no van patir problemes de salut importants en l'últim any (75%) i no van estar a l'atur en l'últim any (67%). En el cas de les dones, el percentatge més elevat de la mostra es trobava comprès entre els 35 i els 44 anys (43,6%), un 66,2% són estrangeres, amb estudis de secundària (66,2%), de classe social baixa (45,7%),

formaven llars monoparentals (57,5%) i ocupaven una mitjana de 29,1h a la setmana a tasques domèstiques i de cures. Pel que fa als homes tenien edats compreses entre 45 i 54 anys (32%), estrangers (61,3%), amb educació secundària (71,6%), de classes social III (47,5%) i vivien en parella amb càrregues familiars (65,4%). Pel que respecta a les hores de mitjana que dediquen al treball domèstic o de cures a la setmana és molt més baix que en el cas de les dones (16,3h). En relació a la privació econòmica, la mediana de l'índex de privació va ser de 1,8 per els dos sexes.

Aturats

Del total de la mostra, un 36,7% eren actius aturats. Del total d'aturats, un 42,9% eren homes i un 57,1% eren dones. Pel que fa a les dones, les prevalença més elevada d'aturades es trobava en l'edat entre 35-44 anys (34,3%), immigrants (58,4%), amb educació secundària (58,9%), de classe social manual, IV+V (52,0%), que vivien soles amb càrregues familiars (42,7%), realitzen una mitjana de 31,8h a la setmana de treball domèstic i de cures. Un 60,9% van declarar que tenien mala salut mental, un 57,8% que tenien mala salut autopercebuda i un 67% que no van tenir problemes de salut en els 12 mesos previs. L'índex de privació va ser elevat, entre 2,22 i 4 en un 31,2%. En el cas dels homes, les prevalença més elevada la van trobar en aquelles entre 45 i 54 anys (31,2%), d'origen estranger (55,3%), amb educació secundària (59,6%), de classe social manual, VI+V (57,6%), que vivien amb parella amb càrregues familiars (48,5%) i van dedicar una mitjana de 16,8h a la setmana al treball domèstic i de cures. En relació a la salut, la prevalença de mala salut mental és elevada (61,6%) i de mala salut autopercebuda va ser de 47,3%. Un 73,4% van declarar que no van tenir problemes de salut els 12 mesos previs a l'entrevista. En l'índex privació econòmica, vam trobar que la prevalença més elevada estava entre 0,46-1,30 (28,3%) i entre 2,22-4 (28,2%).

Treballadors assalariats informals

Del total de treballadors assalariats, un 12,4% va declarar que treballava sense contracte. D'aquests, un 16,2% eren homes i un 83,8% eren dones. Pel que fa a les dones, la prevalença més elevada la trobàvem en les dones entre 35-44 anys (35,1%), d'origen estranger (76,4%), amb educació secundària (58,4%), de classe social manual IV+V (67,4%), que vivien soles amb càrregues familiars (53,9%) i dedicava una mitjana

de 27,4h a la setmana al treball domèstic i de cures. En relació a la salut, un 58,6% va declarar que tenia mala salut mental, un 50,3% mala salut autopercebuda i un 71,6% va declarar que no va tenir problemes de salut en els 12 mesos previs. Un 52,5% no va estar a l'atur l'any anterior i l'índex de privació de major prevalença va ser de 0,46-1,80 (30,4%).

Pel que fa als homes, la major prevalença de treballadors informals era entre 35-44 anys (40,5%), d'origen estranger (89,2%), amb educació secundària (67,6%), de classe social manual (73%), vivien en parella amb càrregues familiars (73%) i realitzaven una mitjana de 10,7h de treball domèstic i cures a la setmana. En relació a la salut, un 61,1% van declarar que tenien mala salut mental, només un 22,2% mala salut autopercebuda i un 86,1% no van tenir problemes de salut en els 12 mesos previs. Un 54,8% dels treballadors informals van estar a l'atur l'any anterior i l'índex de privació va ser entre 0,46 i 1,80 en un 38,9%.

De manera resumida, podem dir que la mostra d'aturats són més grans i la dels informals més joves en els homes, però no així en les dones. En les mostres de treballadors assalariats amb contracte (per estudiar la precarietat), aturats i informals hi ha una prevalença més elevada d'immigrants tant en homes com en dones, però és en la mostra de treballadors informals on aquesta prevalença encara és més elevada (89,2% en homes i 76,4% en dones). En la mostra d'informals també es troben les prevalences més elevades de classe social ocupacional manual (IV+V) (73% en homes i 67,4% en dones). En canvi, en relació a la salut, les prevalences més elevades de mala salut, tant mental, com autopercebuda com problemes de salut les trobem en la mostra d'aturats. Aquests també presenten una prevalença de privació econòmica més elevada que les altres mostres analitzades.

Taula 1. Descripció de la mostra total (general), de la mostra de treballadors assalariats amb contracte laboral (mostra precarietat), de la mostra d'aturats i la mostra de treballadors assalariats sense contracte (informals). Homes i dones, 2016.

	Homes				Dones			
	Mostra general (%)	Mostra precarietat (%)	Mostra aturats (%)	Mostra informals (%)	Mostra general (%)	Mostra precarietat (%)	Mostra aturats (%)	Mostra informals (%)
Total (n)	4999	408	1543	37	7228	796	2051	191
Edat de l'individu								
0 - 15	0,8				0,6			
16 - 24	16,8	7,8	10,0	8,1	11,6	4,6	8,0	3,7
25 - 34	11,6	15,9	14,4	18,9	13,8	15,8	21,7	23,5
35 - 44	17,9	30,9	22,6	40,5	23,6	43,6	34,3	35,1
45 - 54	21,2	31,9	31,2	27,0	17,2	27,0	24,3	29,8
55 - 64	15,0	13,5	20,5	5,5	10,4	8,9	10,7	6,3
65 i més	16,7		1,3		22,9		1,0	1,6
País d'origen								
Espanya	54,2	38,7	44,7	8,1	53,9	33,8	41,6	23,6
Estranger	45,8	61,3	55,3	89,2	46,1	66,2	58,4	76,4
Nivell Educatiu								
Primària	36,8	21,1	32,5	32,4	40,2	20,7	31,5	31,1
Secundària	55,7	71,6	59,6	67,6	51,3	66,2	58,9	58,4
Universitària	7,5	7,4	7,9	0	8,5	13,1	9,5	10,5
Classe Social Ocupacional*								
SC I+II	12,1	9,8	10,3	2,7	13,4	11,1	12,0	2,6
SC III	32,9	47,5	32,1	24,3	36,0	43,2	35,9	30,0
SC IV+V	55,0	42,6	57,6	73,0	50,6	45,7	52,1	67,4
Tipologia de la llar								
Persones vivint soles	16,2	6,13	24,6	5,4	15,4	3,64	12,2	3,7
Compartint pis	6,1	5,15	5,6	0	4,5	3,02	3,1	1,1
Parelles sense càrregues familiars	12,3	5,15	7,3	2,7	8,9	2,51	4,3	3,1
Parelles amb càrregues familiars	45,5	65,4	48,5	73,0	32,2	33,3	37,7	38,2
Sols amb càrregues familiars	19,8	18,1	14	18,9	39,0	57,5	42,7	53,9
Dedicació al treball domèstic/ cures								
Mitjana hores a la setmana (DS)	13,9 (14,3)	16,3 (14,4)	16,8 (14,2)	10,7 (9,5)	25,2 (19,2)	29,1 (15,8)	31,8 (19,2)	27,4 (14,6)
Salut Mental								
Bona	46,0	57,8	38,4	38,9	46,3	48,5	39,1	41,3
Mala	54,0	42,2	61,6	61,1	53,7	51,5	60,9	58,6
Salut General Auto-percebuda								
Bona	47,8	64,7	52,7	77,8	35,9	52,9	42,2	49,7
Mala	52,2	35,3	47,3	22,2	64,1	47,1	57,8	50,3
Problema de Salut en los 12 meses previs								
No	66,8	78,9	73,4	86,1	59,3	73,1	67,0	71,6
Sí	33,2	21,1	26,6	13,9	40,7	26,9	33,0	28,4
Atur fa menys d'un any								
No	64,7	60,5	--	45,2	65,8	70,2	--	52,5
Sí	35,3	39,5	--	54,8	34,2	29,8	--	47,5
Índex de Privació econòmica								
0-0,45	25,4	24,8	16,5	16,7	25,3	24,6	15,0	15,2
0,46-1,80	25,8	23,3	28,3	38,9	25,6	25,4	26,1	30,4
1,81-2,21	23,9	27,9	27,1	22,2	24,1	24,4	27,7	25,1
2,22-4	24,8	24	28,2	22,2	25,0	25,6	31,2	29,3

5.2. Prevalença de precarietat laboral

La taula 2 mostra la prevalença de precarietat laboral segons les diferents variables d'estudi en la mostra de treballadors assalariats amb contracte. Vam observar que la precarietat de la mostra era elevada, però era més elevada en les dones (66,5%) que en els homes (61,5%).

Així, la prevalença de precarietat laboral en les dones va ser més elevada entre les treballadores de 25 a 34 anys (76,2%), immigrants (72,9%), amb educació primària (68,5%), de classe social més baixa (IV+V) (73,1%) i aquelles que vivien amb parella amb càrregues familiars (68,7%).

Pel que fa als homes, la prevalença de precarietat laboral més elevada la vam trobar en aquells treballadors de 25 a 34 anys (76,9%), immigrants (68,4%), amb estudis universitaris (73,3%), de classe social més baixa (64,4%) i aquells que vivien en parella sense càrregues familiars (66,7%).

També vam trobar una elevada prevalença de precarietat laboral entre els que havien estat aturats els anys anteriors, entre aquells que van reportar mala salut mental i autopercebuda i amb problemes de salut els 12 mesos anteriors, tant en homes com en dones.

Pel que fa a la tendència, vam trobar una tendència significativa de precarietat laboral ($p < 0,001$) decreixent amb l'edat i al augmentar la privació econòmica tant en homes com en dones i només decreixent amb la classe social en el cas de les dones, però, sorprenentment, no així per nivell d'estudis ni segons la tipologia de la llar.

També vam trobar diferències estadísticament significatives de prevalença de precarietat laboral segons el país d'origen i si va estar a l'atur fa menys d'un any, tant en homes com en dones, i en salut mental i salut autopercebuda només en les dones.

Taula 2. Prevalença de precarietat laboral (%) i interval de confiança (IC95%) de la submostra de treballadors assalariats amb contracte de treball usuaris dels serveis socials de Barcelona. Homes i dones, 2016.

	Homes		Dones	
	% (n=251)	IC (95%)	% (n=529)	IC (95%)
Total	61,5	(56,7 - 66,1)	66,5	(63,1 - 69,7)
Edat				
16 - 24	75,0	(57,1 - 87,1)	70,3	(53,6 - 82,9)
25 - 34	76,9	(65,1 - 85,6)	76,2	(67,9 - 82,9)
35 - 44	61,9	(53,1 - 70,0)	68,0	(62,9 - 72,7)
45 - 54	55,4	(46,7 - 63,7)	62,8	(56,1 - 69,0)
55 - 64	49,1	(36,1 - 62,2)	50,7	(39,2 - 62,2)
p-valor (trend)	< 0,001*		< 0,001*	
País d'origen				
Espanya	50,6	(42,9 - 58,4)	53,9	(47,9 - 59,8)
Estranger	68,4	(62,4 - 73,9)	72,9	(68,9 - 76,5)
p-valor (chi2)	<0,001*		<0,001*	
Nivell Educatiu				
Primària	66,3	(55,6 - 75,5)	68,5	(61,0 - 75,1)
Secundària	58,9	(53,2 - 64,4)	66,2	(62,1 - 70,1)
Universitària	73,3	(54,7 - 86,2)	64,4	(54,7 - 73,1)
p-valor (trend)	0,914		0,179	
Classe Social Ocupacional				
SC I+II	50	(34,8 - 65,2)	51,1	(40,7 - 61,4)
SC III	61,3	(54,3 - 68,0)	63,4	(58,1 - 68,3)
SC IV+V	64,4	(57,0 - 71,2)	73,1	(68,3 - 77,4)
p-valor (trend)	0,132		< 0,001*	
Tipologia de la llar				
Persones vivint soles	60,0	(39,8-77,3)	51,7	(33,8-69,2)
Compartint pis	61,9	(39,7-80,0)	58,3	(37,9-76,2)
Parella sense càrregues familiars	66,7	(44,1-83,5)	45,0	(24,9-66,9)
Parelles amb càrregues familiars	64,8	(58,9-70,3)	68,7	(62,8-74,0)
Soles amb càrregues familiars	48,8	(37,4-60,0)	67,5	(63,0-71,6)
p-valor (chi2)	0,156		0,076	
Dedicació al treball domèstic/ cures				
mitjana hores a la setmana (DS)	16,2 (14,9)		29,6 (16,3)	
Salut Mental				
Bona	59,7	(53,3 - 65,8)	61,1	(56,2 - 65,9)
Dolenta	64,0	(56,5 - 70,8)	71,5	(66,9 - 75,6)
p-valor (chi2)	0,32		0,002*	
Salut General Autopercebuda				
Bona	59,1	(53 - 64,9)	62,2	(57,5 - 66,8)
Dolenta	66	(57,8 - 73,3)	71,2	(66,4 - 75,6)
p-valor (chi2)	0,172		0,007*	
Problema de Salut en els 12 mesos previs				
No	59,9	(54,5 - 65,2)	66,2	(62,2 - 69,9)
Sí	67,4	(56,8 - 76,5)	67,3	(60,7 - 73,3)
p-valor (chi2)	0,204		0,763	
Atur fa menys d'un any				
No	52,6	(46,4 - 58,8)	60,8	(56,7 - 64,8)
Sí	75,2	(67,9 - 81,2)	79,7	(74,1 - 84,4)
p-valor (chi2)	<0,001*		<0,001*	
Índex de Privació econòmica				

0-1,45	48,5	(38,9-58,2)	55,6	(48,6-62,4)
0.46-1.80	62,1	(51,9-71,3)	67,8	(61,1-73,9)
1.81-2,21	63,2	(53,9-71,5)	67	(60,1-73,3)
2,22-4	72,5	(62,7-80,4)	75	(68,6-80,5)
<i>p</i> -valor (trend)	<0,001*		<0,001*	

5.3. Precarietat laboral de la mostra i la població catalana

La figura 4 mostra la comparació de la distribució de la precarietat laboral en la població estudiada en aquest estudi, els usuaris dels serveis socials de Barcelona, i la distribució en la població catalana. Així, la figura 4 mostra que la mediana de precarietat laboral mesurada en una escala de 0 a 4 de la població catalana és més baixa (0,77) que la mediana de la població usuari del serveis socials de Barcelona (1,5). A més, en la població d'usuaris dels serveis socials, hi ha més variabilitat en el nivell de precarietat laboral que la població catalana.

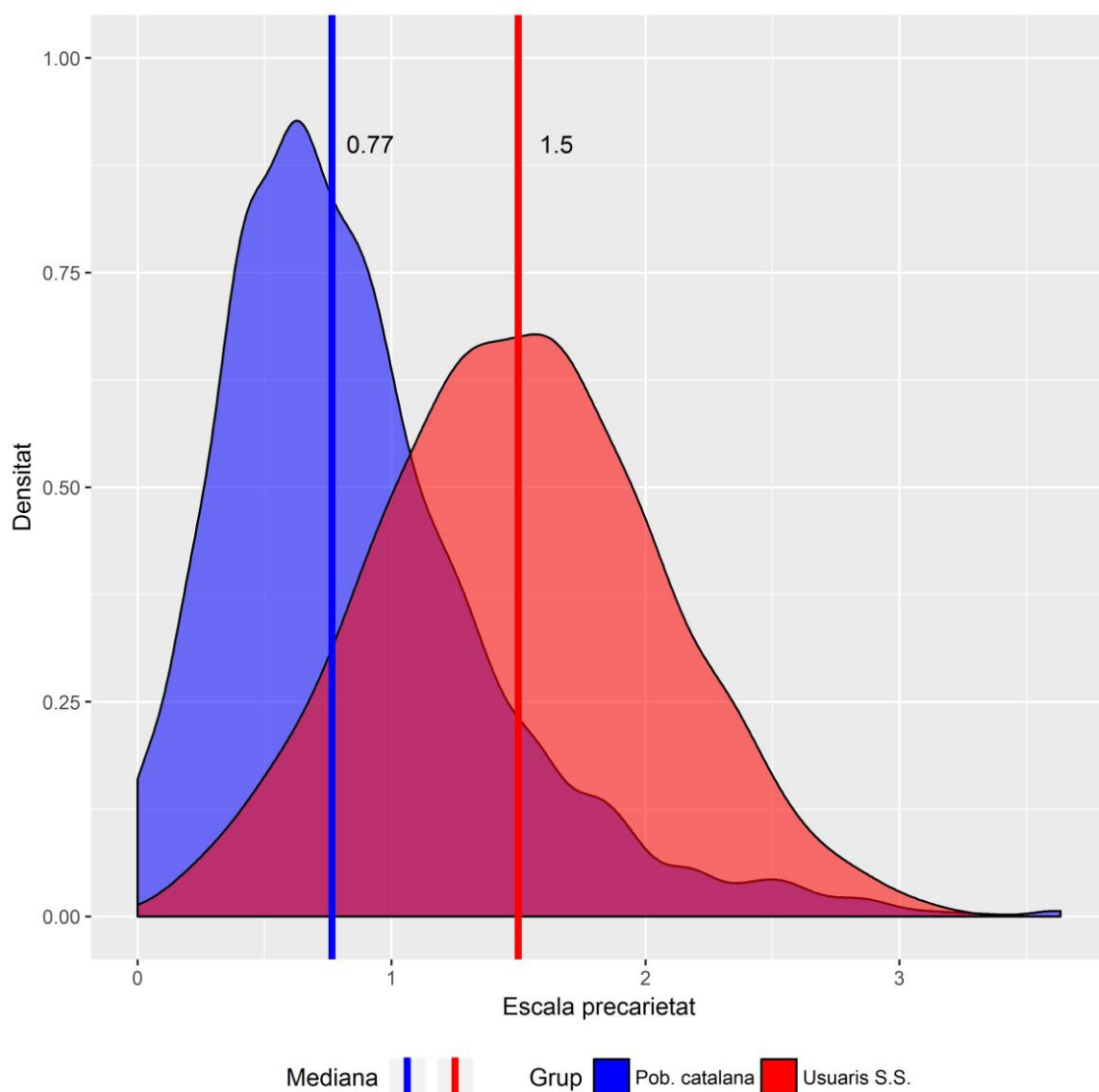


Figura 4. Distribució de la precarietat laboral en la població catalana i en els usuaris dels serveis socials de Barcelona.

Font: Elaboració pròpia.

5.4. Prevalença de mala salut mental i autopercebuda

La taula 3 mostra la prevalença de mala salut mental i autopercebuda entre la submostra de treballadors assalariats amb contracte. Pel que fa a la mala salut mental vam trobar una major prevalença en les dones (52,3%) que en els homes (50,2). Així, en els homes, la major prevalença de mala salut mental la trobem en el grup de 45-54 anys (54,6), d'origen espanyol (58,2), amb educació primària (55,9%), de classe social III (53,6%), en treballadors que viuen en llars amb parella sense càrregues familiars (61,9%). A més, també vam trobar una major prevalença de mala salut mental en aquells treballadors que tenien elevada precarietat laboral (64,8%), que no havien estat a l'atur l'any anterior (52,2%), i presentaven un elevat índex de privació (56,1%).

En les dones, la prevalença de mala salut mental va ser més elevada en el grup de 25-34 anys (59,2%), d'origen estranger (52,6), amb educació primària (56,4%), de classe social baixa (IV+V) (54,6%), que comparteixen pis (58,3%). També tenien una prevalença més alta de mala salut mental aquelles que tenien una elevada prevalença de precarietat laboral (61,8%), que no havien estat a l'atur l'any anterior (53,1%) i amb un elevat índex de privació econòmica (60,8%) (veure taula 3).

Pel que fa a la mala salut autopercebuda, les dones també van presentar una prevalença més elevada que els homes (47,1% i 35,3% respectivament). Vam trobar també una tendència significativa de mala salut autopercebuda amb l'edat en els dos sexes: a més edat més prevalença de mala salut autopercebuda. En les dones, també hi va haver diferències en la salut autopercebuda segons el país d'origen, la classe social, el nivell de precarietat laboral, problemes de salut i l'índex de privació econòmica. En els homes en canvi, només hi va haver diferències significatives en la salut autopercebuda segons si havien tingut problemes de salut o no (veure taula 3).

Taula 3. Prevalença (%) i intervals de confiança (IC95%) de mala salut mental i mala salut autopercebuda en la submostra de treballadors assalariats amb contracte. Homes i dones, 2016.

Mala Salud Mental					Mala Salud Autopercebuda			
	Homes		Dones		Homes		Dones	
	% (n=205)	IC (95%)	% (n=416)	IC (95%)	% (n=144)	IC (95%)	% (n=375)	IC (95%)
Total	50,2	(45,4 - 55,1)	52,3	(48,8 - 55,7)	35,3	(30,8 - 40,1)	47,1	(43,7 - 50,6)
Edat								
16 - 24	46,9	(30,3 - 64,1)	33,3	(23,2 - 45,3)	18,8	(8,6 - 36,3)	5,4	(1,3 - 19,5)
25 - 34	44,6	(33,0 - 56,9)	59,2	(52,0 - 65,9)	26,2	(16,9 - 38,2)	34,1	(26,4 - 42,9)
35 - 44	51,6	(42,9 - 60,2)	52	(47,5 - 56,5)	32,5	(24,9 - 41,2)	49,9	(44,6 - 55,1)
45 - 54	54,6	(46,0 - 63,0)	54,5	(49,2 - 59,7)	42,3	(34,1 - 51,0)	54,9	(48,2 - 61,4)
55 - 64	45,5	(32,8 - 58,8)	40,5	(32,2 - 49,3)	45,5	(32,8 - 58,8)	54,9	(43,2 - 66,1)
P (trend)	0,58		0,338		<0,001*		<0,001 *	
País d'origen								
Espanya	58,2	(50,4 - 65,7)	51,7	(45,7 - 57,6)	36,7	(29,5 - 44,5)	40,9	(35,2 - 46,9)
Estranger	45,2	(39,1 - 51,4)	52,6	(48,3 - 56,8)	34,4	(28,8 - 40,5)	50,3	(46 - 54,5)
P (chi2)	0,01 *		0,812		0,635		0,012*	
Nivell Educatiu								
Primària	55,8	(45,1 - 66)	56,4	(48,7 - 63,8)	27,9	(19,4 - 38,4)	49,7	(42,1 - 57,3)
Secundaria	49	(43,3 - 54,7)	53,3	(49 - 57,6)	37,3	(32 - 43)	46,5	(42,3 - 50,8)
Universitària	46,7	(29,7 - 64,5)	40,4	(31,4 - 50,1)	36,7	(21,4 - 55,2)	46,2	(36,8 - 55,8)
P (trend)	0,26		0,019*		0,174		0,517	
Classe Social								
SC I+II	47,5	(32,5 - 62,9)	44,3	(34,3 - 54,9)	35	(21,8 - 51)	43,2	(33,2 - 53,7)
SC III	53,6	(46,5 - 60,5)	52,9	(47,6 - 58,1)	35,6	(29,1 - 42,6)	43	(37,9 - 48,3)
SC IV*V	47,1	(39,8 - 54,6)	53,6	(48,4 - 58,7)	35,1	(28,3 - 42,5)	51,9	(46,8 - 57)
P (trend)	0,507		0,213		0,962		0,026*	
Treball domèstic								
Mitjana (DS)	15,7 (11,9)		30,3 (16,9)		16,0 (12,9)		31,6 (17,16)	
P (chi2)	<0,001*		0,002*		0,03*		<0,001*	
Tipologia de la llar								
Solters sols	60	(39,8-77,3)	44,8	(27,8-63,1)	52	(32,7-70,7)	44,8	(27,8-63,1)
Compartint pis	47,6	(27,4-68,6)	58,3	(37,9-76,2)	33,3	(16,5-64,5)	58,3	(37,9-76,2)
Parella sense càrregues	61,9	(39,7-80,0)	35	(17,3-58,1)	42,9	(23,6-64,5)	35	(17,32-58,1)
Parella amb càrregues	49,1	(43,1-55,1)	52,1	(46,1-58,1)	34,1	(28,6-40,0)	46,8	(40,8-52,8)
Solters amb càrregues	48,6	(37,4-60,0)	53,3	(48,7-57,8)	32,4	(22,7-43,9)	47,4	(42,8-52,0)
P (chi ²)	0,667		0,466		0,399		0,649	
Precarietat laboral								
0-0,8	47,3	(38,2 -56,6)	43,5	(36,7- 50,6)	29,5	(21,7-38,6)	41,9	(35,2-49,1)
0,081-1,16	42,9	(33,9 52,6)	47,42	(40,5 -54,5)	30,8	(22,8-40,3)	47,9	(41-55)
1,17-1,59	47,9	(38,2 57,9)	55,45	(48,5- 62,2)	36,7	(27,8-46,7)	48,5	(41,7-55,4)
1,6-4	64,8	(54,5 73,9)	61,84	(55 -68,2)	46,2	(36,1-56,5)	49,8	(43-56,6)
P (chi2)	0,014*		<0,001*		0,061		0,416	
Precarietat laboral								
Sense precarietat (<1)	47,1	(39,4 - 55)	44,6	(38,7 - 50,6)	31,2	(24,4-38,9)	40,5	(34,7-46,5)
Amb precarietat (>1)	52,2	(46,0 - 58,3)	56,1	(51,9 - 60,3)	37,9	(32,1- 44,1)	50,5	(46,2-54,7)
P (chi2)	0,32		0,002 *		0,172		0,007 *	
Problema de salut								
No	47,2	(41,8 - 52,7)	47,6	(43,6 - 51,7)	28,0	(23,3 - 33,1)	38,1	(34,3 - 42,2)
Sí	61,6	(50,9 - 71,3)	65	(58,3 - 71,1)	62,8	(52,1 - 72,4)	71,5	(65,1 - 77,2)
P (chi2)	0,017 *		<0,001*		<0,001 *		<0,001 *	
Atur								
No	52,2	(46 - 58,4)	53,1	(49 - 57,2)	37,7	(31,8 - 43,9)	49	(44,9 - 53,2)
Sí	47,2	(39,6 - 55)	50,2	(43,9 - 56,6)	31,7	(24,9 - 39,3)	42,6	(36,5 - 49)

P (chi2)	0,321		0,451		0,217		0,098	
Índex de privació econòmica								
0-1,45	46,5	(37,0-56,3)	41,3	(34,6-48,4)	31,7	(23,3-41,4)	39,8	(33,2-46,8)
0.46-1.80	45,3	(35,6-55,4)	50,5	(43,6-57,4)	35,8	(26,8-45,9)	45,5	(38,8-52,5)
1.81-2,21	53,6	(43,4-61,7)	56,2	(49,1-63,09)	36,8	(28,5-46,1)	48,5	(42,5-55,5)
2,22-4	56,1	(46,1-65,6)	60,8	(53,9-67,3)	36,7	(27,8-46,7)	54,4	(47,5-61,2)
p-trend	<0,001*		<0,001*		0,441		0,003*	

5.5. Mala salut mental segons nivells de precarietat laboral de la mostra i la població catalana

La figura 5 mostra la comparació de la probabilitat de mala salut mental segons nivells de precarietat laboral de la submostra de treballadors usuaris dels serveis socials de Barcelona amb la població catalana. Així, veiem en els dos grups com a majors nivells de precarietat laboral, la probabilitat de tenir mala salut mental augmenta, però la mostra d'usuaris dels serveis socials de Barcelona tenen majors nivells de mala salut mental en tots els nivells de precarietat. Per tant, ja a nivells baixos de precarietat, la mostra de treballadors usuaris de la seguretat social presenta nivells elevats de mala salut mental.

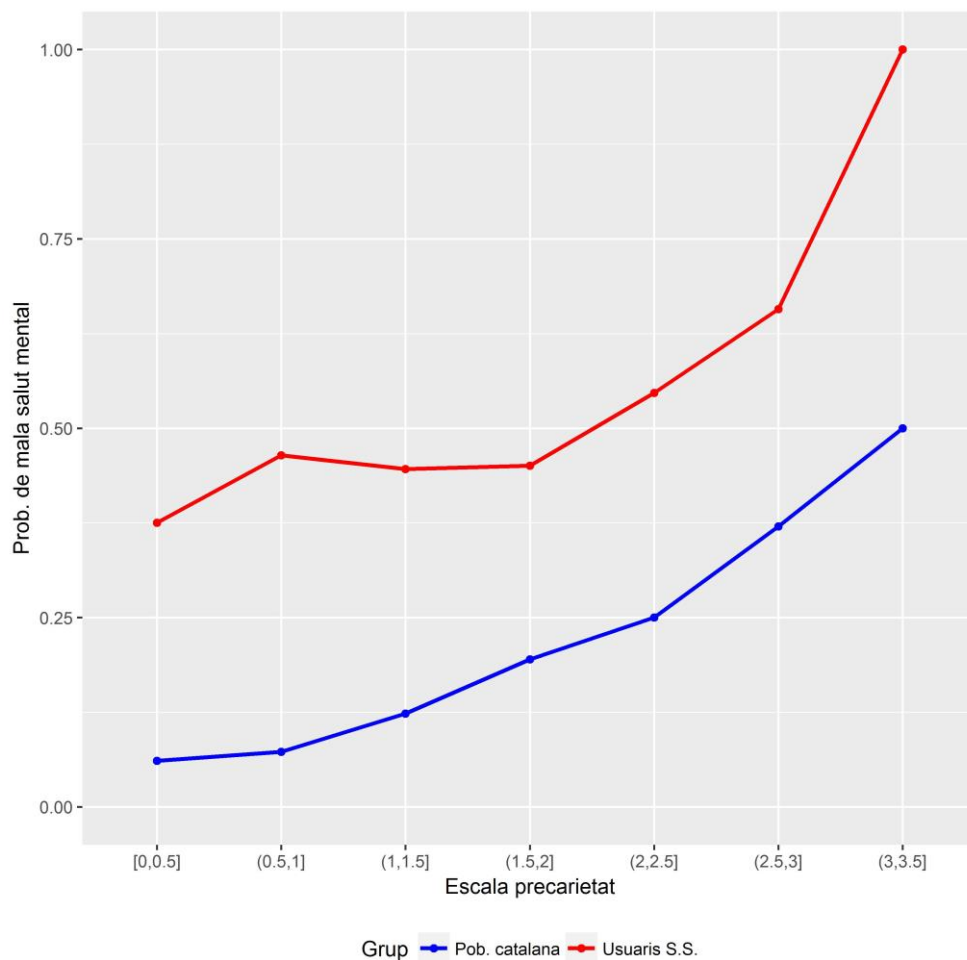


Figura 5. Probabilitat de mala salut mental segons els nivells de precarietat en la població catalana i en els usuaris dels serveis socials de Barcelona.

Font: Elaboració pròpia.

5.6. Prevalença de privació econòmica a la mostra total i a la submostra de treballadors.

La taula 4 ens mostra la prevalença dels ítems de privació econòmica tant per la mostra total dels usuaris dels serveis socials de Barcelona com els treballadors assalariats amb contracte temporal.

Així, en la població usuària dels serveis socials de Barcelona trobem que tant homes com dones van presentar un elevat percentatge de privació econòmica, però en general, no més alta que els que va presentar la submostra de treballadors assalariats amb contracte. En els ítems de privació bàsica, els que presenten una prevalença més elevada van ser no poder fer front a una despesa imprevista (91,1% en homes i 91,4% en dones) i no poder fer vacances (89,6% en homes i 89,7% en dones). En els ítems de dificultats econòmiques, la prevalença més elevada la vam trobar en els ítems de arribar a final de mes amb dificultat (66,4% en homes i 65,7% en dones). En relació als ítems de qualitat de la llar, la prevalença més elevada la vam trobar en els ítems de goteres (39,5% en homes i 39,7% en dones) i esquerdes a les parets (30,4% en homes i 31,0% en dones). Per últim, els ítems de qualitat de l'entorn, les prevalences més elevades van ser sorolls produïts per veïns (38,0% en homes i 38,1% en dones) i delinqüència (34,3% en homes i 34,8% en dones).

Pel que fa a la distribució dels ítems de privació econòmica en la submostra dels treballadors assalariats amb contracte, de manera general, igual que en la mostra total, tant homes com dones van presentar un elevat percentatge de privació, especialment entre els ítems de les dimensions de privació bàsica i dificultats econòmiques (Taula 4).

Així per exemple, en els ítems de privació bàsica, els que tenen una prevalença més elevada van ser no poder fer front a una despesa imprevista (92% en homes i 95% en dones), seguit de no poder fer vacances (89,7% en homes i 89,9% en dones) i no tenir cotxe (68,1% en homes i 82,7% en dones). En els ítems de dificultats econòmiques, aquells amb una prevalença més elevada van ser arribar a final de mes amb dificultat (61,0% en homes i 67,6% en dones) i retard més d'una vegada en el pagament d'una factura o rebut (llum, gas...) (47,1% en homes i 45,9% en dones). En els ítems de qualitat de la llar, les prevalences més elevades van ser en la presència de goteres (48% en homes i 44,9% en dones). Pel que fa als ítems de la qualitat de l'entorn residencial,

les prevalències més elevades les vam trobar en l'ítem de sorolls produïts pels veïns (42,2% en homes i 39,2% en dones).

Taula 4. Prevalença (%) dels ítems de privació econòmica per la mostra general i pels treballadors. Homes i dones, 2016.

	Homes		Dones	
	Mostra general (%)	Mostra precarietat (%)	Mostra general (%)	Mostra precarietat (%)
	(n=408)		(n=796)	
Privació bàsica				
Cotxe				
Sí, dos o més	1,1	2,0	0,9	1,8
Sí, un	20,8	30,0	16,7	15,5
No	78,1	68,1	82,4	82,7
Targeta				
No	4,6	5,8	4,4	7,9
Sí, una	16,3	24,8	17,1	22,1
Sí, dos o més	79,0	69,4	78,5	70
Temperatura adequada				
Sí	47,1	42,0	45,9	38,9
No	52,9	58,0	54,1	61,1
Vacances				
Sí	10,4	10,3	10,4	10,1
No	89,6	89,7	89,7	89,9
“Un plat de carn, pollastres cada dos dies”				
Sí	64,5	69,9	66,5	67,3
No	35,5	30,1	33,6	32,7
Despesa imprevista				
Sí	8,1	7,8	8,5	5,0
No	91,9	92,2	91,4	95,0
Ordenador/Internet				
Sí	46,3	73,8	46,9	73,5
No	53,7	26,2	53,1	26,5
Dificultats econòmiques				
Com arriba a final de mes?				
Amb facilitat	33,6	39,0	34,3	32,4
Amb dificultat	66,4	61,0	65,7	67,6
Compres i crèdits, retard en el pagament en últims 12 mesos				
No	86,3	81,0	85,7	83,2
Una vegada	2,7	3,4	3,2	5,6
Més d'una vegada	11,0	15,6	11,2	11,2
Retard en el pagament d'alguna factura o rebut (gas, electricitat...)				
No	53,4	46,4	54,0	46,4
Una vegada	4,9	6,5	5,0	7,7
Més d'una vegada	41,7	47,1	41,0	45,9
Hipoteca o lloguer, retard en els últims 12 mesos				
No	50,9	50,9	50,4	48,8
Una vegada	7,5	9,4	7,5	9,9
Més d'una vegada	41,6	39,7	42,1	41,2
Qualitat de la llar				
Goteres				
No	60,5	52,0	60,3	55,1
Sí	39,5	48,0	39,7	44,9
Falta de llum natural				
No	77,3	73,8	77,4	75,5
Sí	22,7	26,2	22,6	24,5

Manca de ventilació				
No	87,3	85,3	86,5	85,3
Sí	12,7	14,7	13,5	14,7
Esquerdes a la paret				
No	69,6	66,2	69,0	66,1
Sí	30,4	33,8	31,0	33,9
Aluminosis- problemes estructurals				
No	90,4	90,0	90,6	89,7
Sí	9,6	10,0	9,4	10,3
Qualitat de l'entorn residencial				
Insectes o rates				
No	72,0	70,6	72,2	70,4
Sí	28,0	29,4	27,8	29,6
Sorolls produïts pels veïns				
No	62,0	57,8	61,9	60,8
Sí	38,0	42,2	38,1	39,2
Contaminació en l'entorn o indústria				
No	74,9	72,7	74,7	74,7
Sí	25,1	27,3	25,3	25,3
Delinqüència				
No	65,7	66,7	65,2	67,5
Sí	34,3	33,3	34,8	32,5

5.7. Prevalença de mala salut segons privació econòmica

Tal i com hem comentat anteriorment, es van observar majors nivells de mala salut mental al augmentar els nivells de privació econòmica en els dos sexes. En canvi, per la mala salut autopercebuda aquesta tendència només es va observar en les dones (taula 3).

La Taula 5 mostra com la prevalença de mala salut mental augmenta significativament en les dones segons els ítems de privació bàsica, excepte possessió de cotxe i targeta de crèdit. En els homes, en aquests ítems, no hi ha diferències significatives en la prevalença de mala salut mental. En els ítems de dificultats econòmiques, la prevalença de mala salut mental és significativament més elevada en aquells que arriben amb dificultat tant en homes com en dones, i el retard en el pagament del lloguer o la hipoteca en el cas de les dones. En el cas dels ítems de característiques de la llar, només la presència d'esquerdes a les parets presenta diferències significatives en la prevalença de mala salut mental en el cas de les dones, i problemes estructurals en el cas dels homes. Els ítems de qualitat de l'entorn residencial no presenta diferències en la prevalença de mala salut mental ni en homes ni en dones.

En el cas de la mala salut autopercebuda augmenta principalment en els ítems de dificultats econòmiques. En el cas de les dones, arribar amb dificultats a final de mes, tenir retard en el pagament de rebuts i en el lloguer o hipoteca, en canvi en els homes, només hi ha diferències en l'ítem d'arribar a final de mes.

Alguns altres ítems que hi ha diferències en la mala salut autopercebuda només en el cas de les dones són tenir un plat de carn cada dos dies, la presència de goteres i contaminació de l'entorn.

Taula 5. Prevalença (%) de mala salut mental i autopercebuda en la mostra de treballadors amb contracte segons els ítems de privació econòmica. Homes i dones, 2016.

	Salut Mental		Salut Autopercebuda	
	Homes	Dones	Homes	Dones
	% (n=205)	% (n=416)	% (n=144)	% (n=375)
<i>Privació bàsica</i>				
Cotxe				
Sí, dos o més	25	35,7	0	42,9
Sí, un	51,2	50,8	33,03	41
No	49,8	53,4	37,45	48,3
p (chi2)	0,356	0,384	0,075	0,314
Targeta				
No	43,5	55,7	34,8	50,8
Sí, una	46,5	53,5	29,3	51,8
Sí, dues o més	52,7	52,9	38,3	45,6
p (chi2)	0,441	0,911	0,277	0,324
Temperatura				
Sí	48,5	41,7	34,5	43,4
No	51,7	58,8	35,6	49,5
p (chi2)	0,53	<0,001*	0,82	0,092
Vacances				
Sí	57,1	38,8	45,2	41,3
No	49,5	53,8	34,2	47,8
p (chi2)	0,345	0,011*	0,155	0,269
“Un plat de carn, pollastre cada dos dies”				
Sí	48,4	46	33,3	44,1
No	54,5	64,9	39,8	53,3
p (chi2)	0,262	<0,001*	0,207	0,015*
Despesa imprevista				
Sí	46,9	35	31,3	37,5
No	50,5	53,2	35,6	47,6
p (chi2)	0,691	0,025*	0,618	0,212
Ordinador/Internet				
Sí	47,8	49,9	35,2	46
No	57	58,8	35,5	50,2
p (chi2)	0,103	0,027*	0,956	0,289
<i>Dificultats econòmiques</i>				
Com arriba a final de mes?				
Amb facilitat	44,0	38,8	28,3	41,1
Amb dificultat	54,2	58,7	39,8	50
p (chi2)	0,045*	<0,001*	0,018*	0,018*
Compres i crèdits, retard en el pagament en últims 12 mesos				
No	49,5	53,1	32,6	45,8
Una vegada	25	55,3	16,7	47,4
Més d'una vegada	56,4	50	38,2	50
p (chi2)	0,141	0,839	0,344	0,785
Retard en el pagament d' alguna factura o rebut (gas, electricitat...)				

No	47,3	50,4	32,3	41,6
Una vegada	53,8	45	50	45
Més d'una vegada	52,4	56	34,9	53,2
p (chi2)	0,572	0,154	0,204	0,007*
Hipoteca o lloguer, retard en los últims 12 mesos				
No	46,2	45,9	28,9	41,9
Una vegada	43,8	53,7	37,5	50,7
Més d'una vegada	54,1	58,3	38,5	54
p (chi2)	0,322	0,009*	0,183	0,011*
<i>Qualitat de la llar</i>				
Goteres				
No	51,9	51,6	34	45,2
Sí	48,5	52,9	36,7	49,3
p (chi2)	0,490	0,706	0,558	0,025*
Falta de llum natural				
No	49,5	52,6	36,9	46,9
Sí	52,3	51,3	30,8	47,7
p (chi2)	0,612	0,753	0,262	0,851
Falta de ventilació				
No	49,7	51,1	35,3	46,1
Sí	53,3	59	35	53
p (chi2)	0,604	0,115	0,959	0,168
Esquerdes a la paret				
No	48,5	48,9	33,7	44,7
Sí	53,6	58,9	38,4	51,9
p (chi2)	0,329	0,007*	0,347	0,055
Aluminosis- problemes estructurals				
No	48,3	50,6	35,3	46,1
Sí	70,0	61,3	37,5	50
p (chi2)	0,009*	0,072	0,781	0,504
<i>Qualitat de l'entorn residencial</i>				
Insectes				
No	51	50,4	37,2	46,6
Sí	48,3	56,8	30,8	48,3
p (chi2)	0,618	0,098	0,224	0,661
Sorolls produïts pels veïns				
No	51,3	51,6	34,7	46,2
Sí	48,8	53,5	36	48,7
p (chi2)	0,627	0,587	0,786	0,482
Contaminació en l'entorn o indústria				
No	50,3	51,4	35,1	43,7
Sí	50,5	54,7	36	57,2
p (chi2)	0,984	0,418	0,866	0,001*
Delinqüència				
No	49,3	50,6	35,6	45,5
sí	52,6	55,6	34,8	50,2
p (chi2)	0,527	0,180	0,883	0,216

5.8. Associació entre precarietat laboral i salut

La Figura 6 mostra les raons de prevalença ajustades (RPa) segons els quatre models exposats explicats anteriorment de mala salut mental i autopercebuda respectivament.

Pel que fa a la mala salut mental (Figura 6), els quatre models analitzats no mostren grans diferències, però tots ells mostren diferències entre el primer i el quart quartil de precarietat laboral, tant en homes com en dones. Per tant, a major nivell de precarietat, pitjor mala salut mental. Així per exemple, per el model 3 vam trobar que aquells amb una elevada precarietat presenten una associació amb mala salut mental de 1.55 (IC95%: 1,03-2,33) en els homes i un 1.44 (IC95%: 1,08-1,92) en les dones. Les diferències entre els dos sexes no van resultar significatives per cap dels quartils (dades no mostrades).

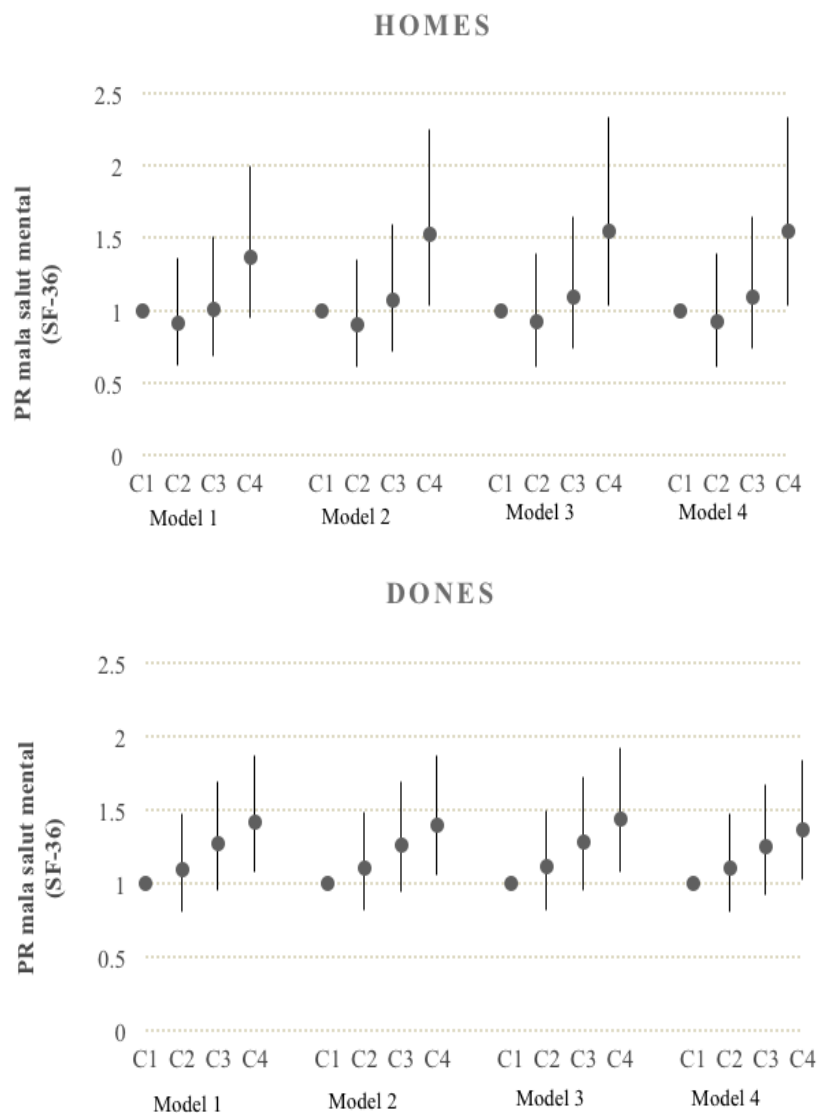


Figura 6. Raons de prevalença (95%) de mala salut mental segons quartils de precarietat laboral. Homes i dones assalariats usuaris de serveis socials, Barcelona 2016. Modelo 1: cru. Modelo 2: ajustat per edat, estat migratori (sí/no), educació (primària; secundària; universitària), i classe social ocupacional (SC I+II; SC III; SC IV+V). Modelo 3: modelo 2 + atur en l'últim any (sí/no) + problema de salut important (sí/no). Modelo 4: modelo 3 + índex de privació econòmica

En el cas de la mala salut autopercebuda (Figura 7), l'associació es va comportar de manera similar que en la salut mental en els homes, però no així en les dones. En els homes es van observar diferències entre el primer i l'últim quartil, sent la RPa per el model 2 de 1,79 (IC95%: 1,1-3,0). En canvi, en les dones no es va observar cap associació significativa per cap dels quartils, en cap dels models utilitzats.

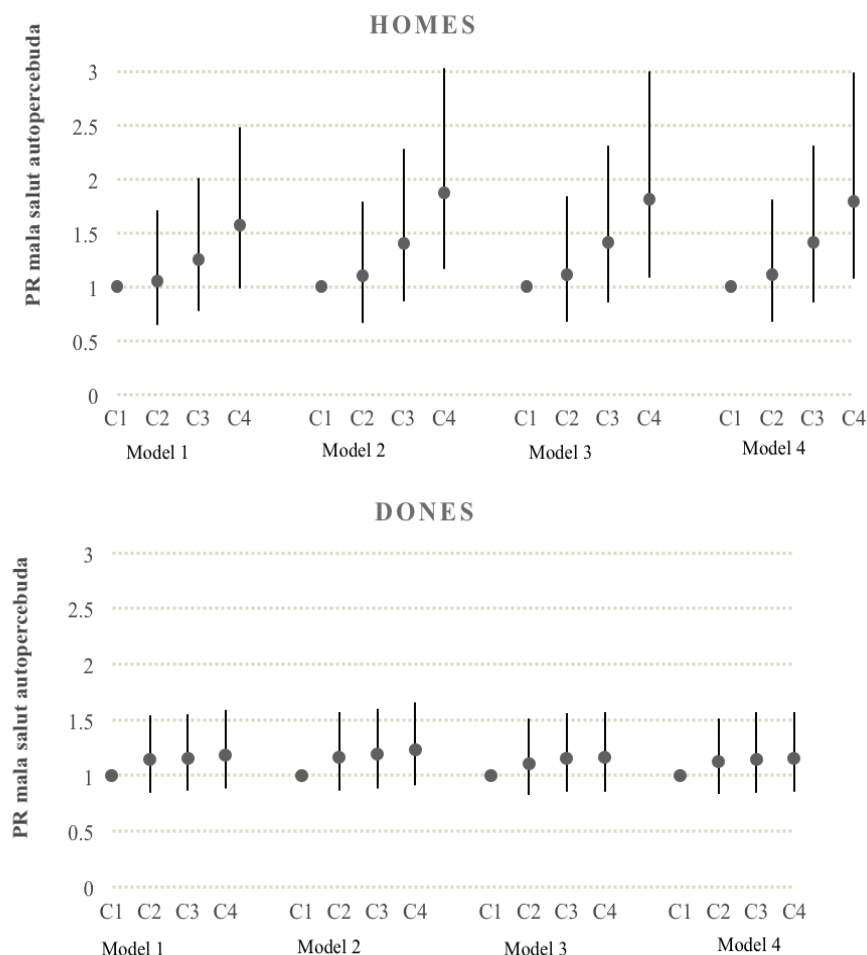


Figura 7. Raons de prevalença (95%) de mala salut autopercebuda segons quartils de precarietat laboral. Homes i dones assalariats usuaris de serveis socials, Barcelona 2016. Modelo 1: cru. Modelo 2: ajustat per edat, estat migratori (sí/no), educació (primària; secundària; universitària), i classe social ocupacional (SC I+II; SC III; SC IV+V). Modelo 3: modelo 2 + atur en l'últim any (sí/no) + problema de salut important (sí/no). Modelo 4: modelo 3 + índex de privació econòmica

5.9. Privació econòmica com a mediador

Pel que fa al paper mediador de la privació econòmica, l'anàlisi bivariat va mostrar una tendència creixent de precarietat i mala salut a majors nivells de privació econòmica per els dos sexes, a excepció de la mala salut autopercebuda en els homes. En canvi, l'anàlisi de la mediació (taula 6) va revelar efectes indirectes significatius per les dones, però no pels homes. L'efecte indirecte en dones va ser de 0,032 (IC95%: 0,014-0,058), un efecte petit però que representa el 17% de l'efecte total observat. L'efecte directe va ser de 0,161 (IC 95%: 0,071-0,248), el que indica que la privació econòmica actuaria com a mediador parcial, no poden-se descartar l'existència d'altre mediadors.

En el cas de la salut autopercebuda en dones, l'efecte indirecte va ser de 0,026 (IC95%: 0,007-0,048), sent aquest el 27% de l'efecte total observat i el seu efecte directe no va ser significatiu. En aquest cas, l'efecte mediador podria considerar-se complert. En homes, cap efecte indirecte va ser significatiu, per tant, es descarta l'efecte mediador.

Taula 6. Anàlisi de la mediació de privació econòmica en l'associació entre precarietat laboral, salut mental i salut autopercebuda. Efectes totals desagregats en efecte indirecte i directe. Percentatge d'efecte total mediat per privació econòmica. Homes i dones assalariats amb contracte usuaris dels serveis socials, Barcelona 2016.

	Homes		Dones	
Salut Mental	Coef. Beta	IC 95% Corregit ^a	Coef. Beta	IC 95% Corregit ^a
Efecte Indirecte	0,018	(-0,009-0,052)	0,032*	(0,014-0,058)
Efecte Directe	0,188*	(0,051-0,313)	0,161*	(0,071-0,248)
Efecte Total	0,206*	(0,071-0,324)	0,194*	(0,104-0,281)
% Efecte total mediat	8,83%		16,75%	
Salut Autopercebuda				
Efecte Indirecte	0,013	(-0,017-0,047)	0,026*	(0,007-0,048)
Efecte Directe	0,21*	(0,067-0,331)	0,069	(-0,023-0,160)
Efecte Total	0,223*	(0,086-0,340)	0,093*	(0,006-0,185)
% Efecte total mediat	5,76%		26,96%	

^a Intervals de confiança amb biaix corregit mitjançant mètode de bootstrapping de 5.000 rèpliques; * efecte significatiu, l'interval no inclou el zero.

5.10. Altres condicions d'ocupació: atur i informalitat

La prevalença d'atur en la mostra d'usuaris dels serveis socials de Barcelona en edat laboral (16-65 anys) és d'un 46,8% considerant com a aturats els subjectes que van respondre que no treballava però buscava feina. Per gènere, la prevalença d'atur és de 42,8% en homes i 57,2% en dones.

Pel que fa a les prestacions, dels treballadors que estaven a l'atur i havien treballat anteriorment, només un 9,6% dels homes rebien una prestació contributiva, un 21,4% rebia alguna prestació assistencial i un 68,1% rebien algun tipus de subsidi o assegurança d'atur. En el cas de les dones, només un 10,1% rebia prestació contributiva, un 21,3% rebia prestació assistencial i un 67,6% rebia algun tipus de subsidi o assegurança d'atur.

En relació al treball informal, en el total de la mostra d'usuaris dels serveis socials de Barcelona i que treballaven, un 6,3% d'homes i un 15,3% de dones van declarar que treballen sense contracte, és a dir, treballen informalment.

5.11. Associació entre atur, informalitat i salut

Igual que en el cas de l'associació entre precarietat laboral i salut, els models analitzats tampoc van mostrar canvis en els diferents models, però tots ells mostren que tant en homes com en dones els aturats tenen pitjor salut mental i salut autopercebuda (Figura 8) que els treballadors. Però són els homes els que presenten una pitjor salut comparat amb les dones.

En relació a l'associació entre treball informal i salut, l'anàlisi mostra una associació amb mala salut mental més elevada que en el cas dels treballadors amb contracte indefinit, però només en el cas dels homes en tots els models (Figura 9). En canvi, aquesta associació no es veu ni en el cas de les dones per mala salut mental ni tampoc amb l'associació amb la mala salut autopercebuda, en aquest cas ni en els homes ni en les dones. Curiosament, els homes treballadors informals, tot i que no estadísticament significatiu, tenen millor salut autopercebuda que els treballadors amb contracte indefinit.

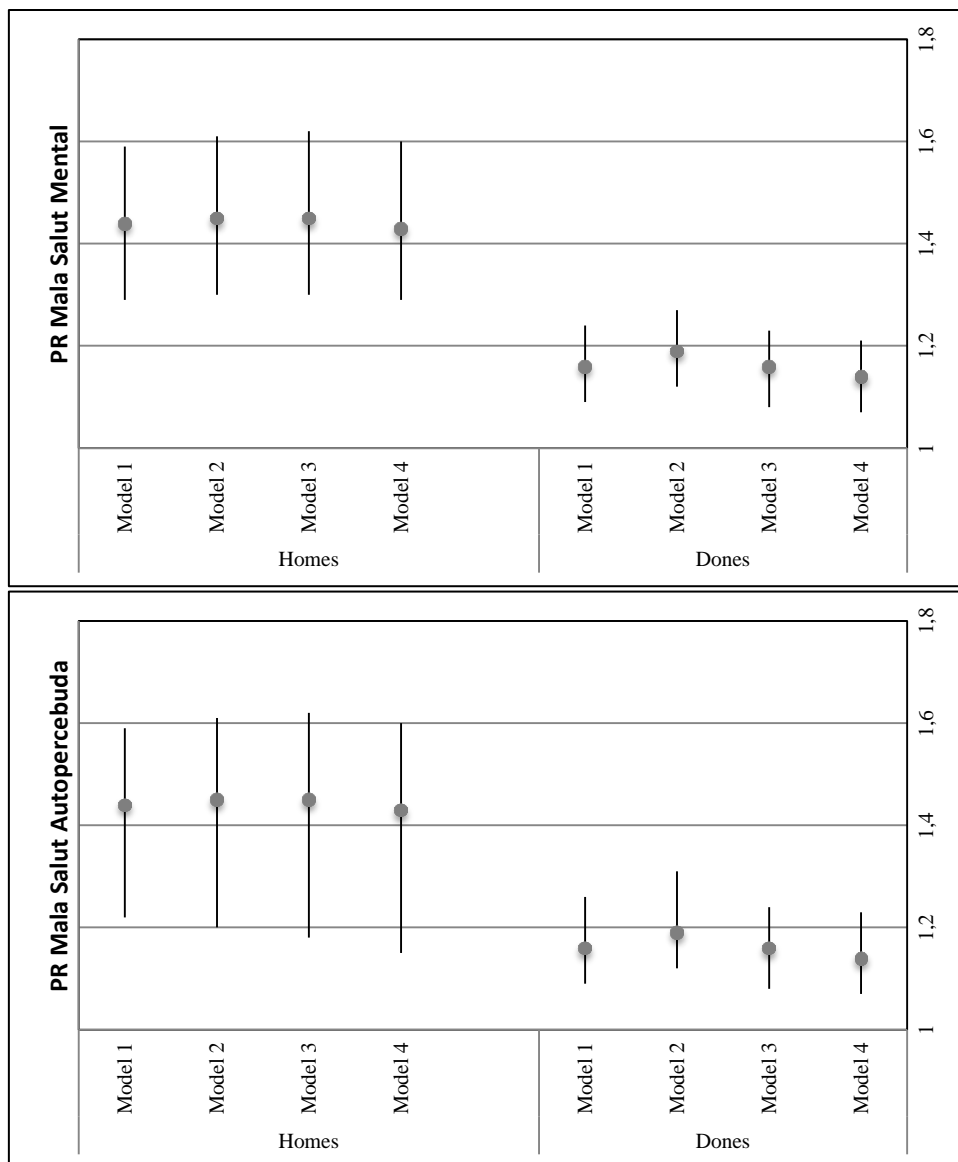


Figura 8. Raons de prevalença (95%) de mala salut mental i autopercebuda dels aturats comparat amb els treballadors (referència). Homes i dones aturats usuaris de serveis socials, Barcelona 2016. Model 1: cru. Model 2: ajustat per edat, estat migratori (sí/no), educació (primària; secundària; universitària), i classe social ocupacional (SC I+II; SC III; SC IV+V). Model 3: model 2 + problema de salut important (sí/no). Model 4: modelo 3 + índex de privació econòmica

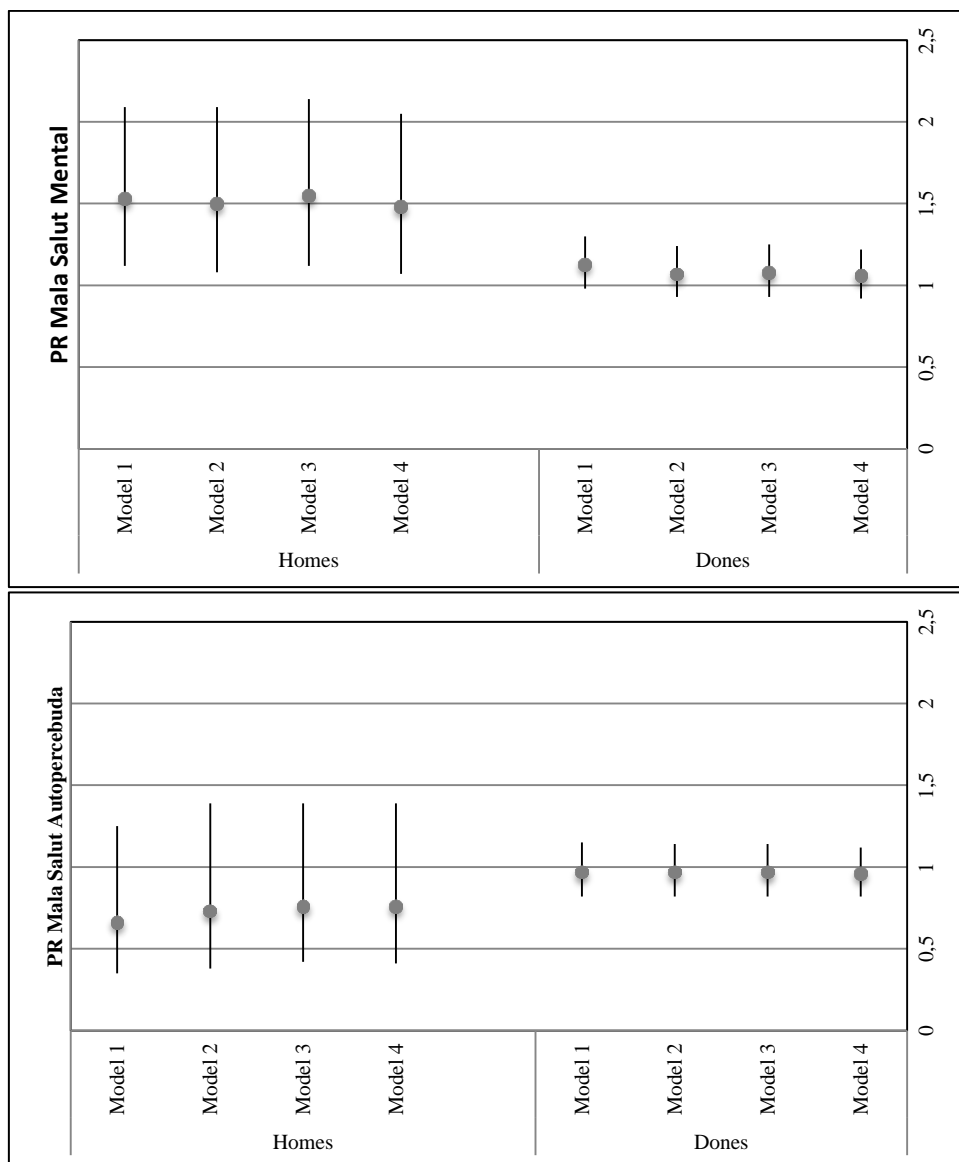


Figura 9. Raons de prevalença (95%) de mala salut mental i autopercebuda dels treballadors informals (sense contracte) comparat amb els treballadors que tenen un contracte indefinit (referència). Homes i dones treballadors informals usuaris de serveis socials, Barcelona 2016. Model 1: cru. Model 2: ajustat per edat, estat migratori (sí/no), educació (primària; secundària; universitària), i classe social ocupacional (SC I+II; SC III; SC IV+V). Model 3: model 2 + problema de salut important (sí/no). Model 4: modelo 3 + índex de privació econòmica

6. DISCUSSIÓ

6. Discussió

Aquest estudi és el primer en investigar l'associació de la precarietat laboral, atur i informalitat amb la salut mental i autopercebuda en una població amb alta vulnerabilitat social i econòmica com és la població usuària de serveis socials. A més, és el primer en explorar el paper mediador que juga la població econòmica en l'associació entre precarietat laboral i salut.

Els principals resultats de l'estudi es poden resumir en cinc apartats: (1) la nostra subpoblació va presentar una elevada prevalença de precarietat laboral, atur, informalitat i mala salut; (2) la precarietat laboral s'associa amb la mala salut mental, seguint un gradient. A major precarietat laboral, pitjor salut mental; (3) el mateix patró s'observa per la salut autopercebuda, però en aquest cas només en els homes; i (4) la privació econòmica sembla jugar un paper mediador entre la precarietat laboral i la salut mental en les dones; i (5) l'atur s'associa amb la mala salut mental i autopercebuda tan en homes com en dones, però amb un major impacte en els homes, i la informalitat s'associa només amb una mala salut mental en els homes.

Els nostres resultats van corroborar la hipòtesi general que la mostra de treballadors assalariats amb contracte analitzada, per la seva posició de vulnerabilitat social, presenta una prevalença de precarietat laboral molt més elevada (64% en homes i 71% en dones) que la població treballadora assalariada de Catalunya (34% en homes i 51% en dones) (Benach et al. 2015). Igual que en altres estudis, la prevalença més elevada de precarietat laboral es va trobar en dones, persones d'origen estranger, joves i persones de classe social més desavantatjada, tot i que en el nostre cas, més elevades (Benach et al. 2015; Julià et al. 2017; A Vives et al. 2011). Especialment en el cas de les dones, s'evidencia la greu desigualtat de gènere existent en el mercat laboral (Artazcoz et al. 2005). Les tendències entre la privació econòmica i precarietat laboral ens van presentar un panorama en el que les persones que pateixen una major privació econòmica tenen una major precarietat laboral, alimentant el cercle viciós de precarietat social, en el que les condicions d'ocupació precàries condicionen la falta de recursos per mantenir unes condicions de vida dignes (Benach et al. 2014).

Els resultats també corroboren la hipòtesi en relació a la mostra d'aturats i d'informals, on la mostra analitzada té una major prevalença d'atur (36,7%) i informalitat (12,4%) comparat amb el 7,9% d'atur a la ciutat de Barcelona i el 4% a la Unió Europea.

La prevalença de mala salut mental en les mostres analitzades va ser molt més elevada (50% en homes i 52% en dones precaris; 62% i 52% respectivament en aturats i 61% i 59% en informals respectivament) que la població treballadora de Catalunya (14% en homes i 20% en dones). Això pot ser degut a les característiques de la mostra: persones de classe social en pitjor situació, en la seva majoria migrades i amb condicions d'ocupació precàries. Tots aquests grups estan associats a una pitjor salut mental en diferents estudis (Arias-de la Torre et al. 2016; Bartoll et al. 2014).

Pel que fa la salut autopercebuda, les mostres analitzades també van presentar prevalences molt més elevades (35% en homes i 47% en dones precaris, 47% i 58% respectivament en aturats i 22% i 50% respectivament en informals) que la població treballadora de Catalunya (15% en homes i 20% en dones), accentuant-se també les desigualtats de gènere (Malmusi et al. 2014). Un estudi realitzat en Catalunya va observar pitjor salut entre les dones, especialment la classe social més baixa, atribuint-se a raons econòmiques i materials (Malmusi et al. 2014). En els primers estadis de la crisi econòmica de 2008, aquesta va tenir un efecte dràstic sobre els sectors més masculinitzats, augmentat l'atur i precaritzant els llocs de treball i no tant en els sectors feminitzats. Estudis recents però, van posar de manifest que posteriorment els sectors més feminitzats (cures a la dependència, serveis domèstics, etc.) han patit un fort procés de precarització afectant especialment a les dones de classe més baixa (Gago and Marcelo 2013).

El gradient d'associació entre mala salut mental i precarietat laboral en ambdós sexes va ser de menor intensitat que en estudis similars que van utilitzar les mateixes escales. Una possible explicació és que el grup de referència en aquest estudi, aquells amb menor nivell de precarietat laboral, tenen una prevalença de mala salut més elevada que en altres estudis. En un estudi sobre la població espanyola, el grup de treballadors "no precaris" va presentar una prevalença de mala salut mental entre 15 i 20% (Julià et al. 2017).

Una altra possible explicació poden ser les diferències del context socioeconòmic: els estudis més recents es van concentrar en el total de la població treballadora d'Espanya (Julià et al. 2017) i Catalunya (Benach et al. 2015) de l'any 2010, durant un període de forta crisi econòmica i altres taxes d'atur (20,3% en el 4rt trimestre de 2010 en l'Estat Espanyol i 17,9% a Catalunya). En canvi a Barcelona, la taxa d'atur durant la realització de l'enquesta va ser de 13% i s'ha vist que, a menor taxa d'atur, pitjor salut. Una altra

possible explicació podria ser les diferències en l'instrument de mesura de la precarietat al eliminar-se en aquest cas la dimensió salari que dificulten la comparació. Tot i així, la falta d'alguna de les escales es va donar en altres estudis (Benach et al. 2015) i a més a més, es va confirmar la validesa i acceptabilitat de l'instrument (anàlisi no mostrat).

Per altra banda, segons mostren diversos estudis longitudinals, existeix una gran mobilitat entre estats d'atur i ocupació precària, pel que l'exclusió dels aturats pot fer que es seleccioni a aquells treballadors amb menys precarietat laboral (Canivet et al. 2016).

En el cas de la salut autopercebuda, tot i que en altres estudis l'associació amb la precarietat laboral va ser major en homes, l'absència d'associació en dones mereix una discussió (Benach et al. 2015). La hipòtesi principal és que al utilitzar un grup de referència amb una prevalença elevada de mala salut autopercebuda més elevada que en altres estudis similars, l'associació desapareix. Una altra hipòtesi que proposem és que les dones pateixen un major procés de selecció degut a la seva mala salut en el mercat laboral que els homes. Les dones amb una pitjor salut haurien sigut expulsades del mercat laboral, provocant una infra-estimació de l'efecte de la precarietat laboral sobre la salut (Vives et al. 2013).

Una altra explicació recau sobre la particularitat que la nostra subpoblació per l'altra proporció de població d'origen estranger (63%). Aquests presenten quasi el doble de prevalença de mala salut i precarietat laboral. Diversos estudis han observat diferències (Robert et al. 2014; Sousa et al. 2010). Segons una investigació sobre la població treballadora espanyola, les dones immigrants treballadores tenen el doble de risc de tenir mala salut mental i autopercebuda que les treballadores d'origen espanyol, sent aquest risc explicat en un 40% per les condicions d'ocupació (Cayuela et al. 2015). Les dones immigrants realitzen principalment ocupacions del sector serveis (com serveis domèstics, cura a la dependència) en contextos on les relacions laborals es veuen afectades per pràctiques de discriminació o dominació i exposades a riscos laborals (Gotsens et al. 2015; Porthé et al. 2010). A més, les dones immigrants representen un grup social especialment desavantatjat per raons de gènere, classe social i estat migratori (Cayuela et al. 2015).

Els resultats obtinguts suggereixen que la privació econòmica actua de mediador en l'associació entre la precarietat laboral i la salut (Zhao et al. 2010). Una investigació recent sobre l'efecte mediador de la privació econòmica a nivell europeu amb dades

longitudinals va observar com la privació econòmica definida de manera similar a aquest estudi va capturar part de l'efecte de les condicions d'ocupació sobre la salut (Bacci et al. 2017). En el cas dels homes, la falta d'efectes directes indirectes significatius suggereix que la privació econòmica jo jugaria un paper mediador en l'associació entre la precarietat laboral i la salut. Aquest patró diferenciat entre homes i dones es correspon amb els resultats d'un altre estudi on es va observar que factors com les condicions de treball, riscos físics i psicosocials poden jugar un paper més important en els homes, mentre que en les dones, la privació material i la càrrega de treball domèstic i de cures estan més associades a la mala salut (Borrell et al. 2004). Així, la mesura de privació econòmica utilitzada en aquest article va més enllà de la privació material, posant de manifest que els mecanismes pels que opera la precarietat laboral involucren no només carències materials, si no també econòmics i de l'entorn i que tals mecanismes semblen ser diferenciats per homes i dones.

Igual que en el cas de l'anàlisi de la precarietat, l'associació entre atur i salut també és més baixa que la mostrada en altres estudis (Puig-Barrachina, 2011). A més, en els homes l'associació és més elevada que en el cas de les dones, on no hi ha diferències entre els aturats i la resta de la mostra en edat de treballar. Aquests resultats poden ser degut, igual que en el cas dels resultats de la precarietat, a les característiques de la mostra estudiada i a les diferents característiques socioeconòmiques entre Barcelona i Catalunya i els anys estudiats.

Pel que fa als treballadors informals els nostres resultats van ser similars a un estudi que analitzava treballadors informals però comparant amb els treballadors amb contracte permanent. Igual que aquest estudi, van trobar que l'associació era més elevada en el cas dels homes i no hi havia diferència de mala salut mental en les dones i tampoc ni en homes ni en dones en salut autopercebuda (Julià, 2016).

6.1. Recomanacions de polítiques públiques

La creixent dependència de les polítiques neoliberals i d'austeritat, juntament amb el debilitament dels sindicats i les regulacions del mercat laboral en molts països, han canviat les relacions laborals a tot el món. Les decisions polítiques preses pels governs, les institucions internacionals i les corporacions han transformat les normes laborals, el

que suposa un augment de l'ocupació precària i, amb la crisi econòmica, un augment de l'atur.

Tal i com hem vist en aquest estudi i en la literatura, la precarietat laboral, l'atur i la informalitat tenen efectes negatius en el treball, la qualitat de l'habitatge, la nutrició, l'educació dels fills i les interaccions socials. A causa d'aquest efecte "bola de neu" que acaba repercutint sobre tots els sectors de la societat, l'impacte de la precarietat laboral pot ser devastador no només per a la salut dels treballadors, sinó també per al benestar i la qualitat de vida de les seves famílies i comunitats. Aquests mateixos efectes s'han trobat en el cas de l'atur. Pel que fa a la informalitat, en els països de renda alta com Catalunya el pocs estudis disponibles no permeten extreure'n conclusions taxatives, tanmateix sí sabem que, en trobar-se treballant informalment, aquestes persones veuen perillar drets futurs fonamentals com ara el subsidi d'atur, les vacances pagades i la pensió de jubilació.

Una reducció global dels nivells de precarietat, de l'atur i de la informalitat de la població pot, per tant, contribuir a una gran millora en la salut i el benestar de la comunitat. Si bé les intervencions sobre les condicions de treball i d'ocupació a nivell organitzatiu i del lloc de treball han de continuar realitzant-se, l'actuació a nivell macro en matèria de condicions d'ocupació i de treball, en particular mitjançant la regulació del mercat de treball, resultarà més eficaç per reduir les desigualtats en salut, raó per la qual hauria de ser la prioritat fonamental de l'acció. Considerar els efectes de les condicions d'ocupació en la salut com un element secundari de les pràctiques comercials i empresarials, així com de les intervencions de salut pública, no farà sinó perpetuar les desigualtats en salut existents causades per la precarietat laboral i la manca de condicions de treball dignes.

A grans trets, podem diferenciar tres grans grups de polítiques públiques, recomanacions i/o intervencions per tal de millorar la qualitat de l'ocupació i el seu impacte en salut: vigilància i monitorització, recerca i polítiques públiques.

A) Vigilància i monitorització

Un primer grup important i necessari de mesures per tal de millorar la qualitat de l'ocupació, la salut laboral i disminuir les desigualtats en salut entre els treballadors,

estan orientades a la creació d'un sistema de vigilància que monitoritzi la precarietat laboral des de la perspectiva de la salut pública.

Una proposta concreta seria la inclusió de l'Escala de Precarietat Laboral (EPRES), en alguna de les operacions d'enquesta ja existents, per tal de comptar amb una mesura precisa i multidimensional del fenomen de la precarietat. Els ítems d'aquesta escala recullen informació sobre:: durada del contracte i temps treballat a l'empresa; salari net mensual; si el salari permet cobrir les necessitats bàsiques quotidianes o despeses imprevistes d'importància; com es van decidir les condicions d'ocupació en relació a la jornada i al salari; si es pot reclamar millores sense veure's perjudicat, si està indefens davant el tracte injust dels seus superiors, si l'acomiadarien si no fa el que li demanen, tracte autoritari, si el fan servir fàcilment reemplaçable, si té diferents drets com maternitat/paternitat, pensió de jubilació o incapacitat, atur o indemnització per acomiadament, si pot fer els dies de festa setmanals sense problemes, agafar baixa per malaltia, anar al metge quan fa falta, fer vacances sense problemes, agafar un dia de permís per motius familiars o per motius personals. En total es divideixen en 22 preguntes que s'agrupen en les sis dimensions explicades anteriorment.

Cas que no fos possible incloure els 22 ítems de l'escala original, es recomana incloure com a mínim la versió reduïda de EPRES formada per 10 preguntes: duració del contracte i temps que porta a l'empresa, si el salari li permet cobrir les despeses imprevistes d'importància, com es van decidir les condicions de treball en relació al salari, si te por de reclamar millors condicions sense veure's perjudicat, si està indefens davant el tracte injust dels seus superiors, si l'acomiadarien si no fa el que li demanen, si té dret a indemnització per acomiadament, si pot fer els dies de festa setmanals sense problemes i si es pot agafar un dia de permís per motius personals.

Malgrat els seus avantatges per a l'estudi de la precarietat, la principal limitació de l'EPRES és que està enfocada als treballadors assalariats, tot excloent els treballadors per compte propi. Per tant, es recomana així mateix desenvolupar mesures objectives de la precarietat laboral en aquest segon col·lectiu que representa entorn el 14% del total de la població treballadora catalana. Quant a la informalitat, la informació a aplegar hauria d'incloure la situació respecte l'afiliació a la seguretat social, informalitat parcial a la feina principal (p.e. estar cotitzant menys hores de les que es treballen) així com en feines secundàries. Finalment, l'estudi de la precarietat hauria de complementar-se amb

l'estudi dels episodis d'atur tot considerant la seva durada així com la de les eventuais prestacions.

La disponibilitat regular d'aquesta informació permetria avaluar la influència de l'evolució de les condicions d'ocupació sobre la salut de la població treballadora, així com l'efecte de les eventuais mesures correctores sobre el conjunt de la força de treball.

B) Recerca

Un altre punt important per tal de poder millorar la qualitat de la ocupació i la salut dels treballadors i disminuir les desigualtats en salut és impulsar línies d'investigació, estudi i formació en aquest tema. Per això, noves investigacions són necessàries per enfortir l'evidència epidemiològica i proveir la informació adequada a tots els agents involucrats en el mercat laboral.

Els nous desenvolupaments haurien de poder incloure el màxim ventall de condicions d'ocupació possibles en estudis de caràcter longitudinal a nivell poblacional que permetin aclarir amb més encert els mecanismes que intervenen en la relació amb la salut, i les desigualtats de gènere i origen trobades en aquest estudi, així com ampliar l'àmbit a altres grups vulnerables de la força de treball com treballadors autònoms i autònoms dependents. Disposar d'informació sobre el temps des de l'arribada o al país de procedència de les persones d'origen estranger, així com la discriminació del mercat laboral, o la falta de suport social podrien ajudar a aclarir els afectes de les condicions d'ocupació sobre la població migrant, així com la necessitat d'incorporar una perspectiva interseccional que permet entreveure els lligams existents entre diferents eixos de desigualtat.

Com s'ha comentat en el punt anterior, també s'hauria de aprofundir per fer recerca i desenvolupar una escala de precarietat laboral per els treballadors autònoms i informals.

C) Politiques publiques

Les estratègies generals que combinin polítiques en diferents punts d'entrada (relacions de poder, ocupació, condicions de treball i treballadors amb mala salut) i les recomanacions específiques sobre polítiques i intervencions s'han d'especificar, contextualitzar i confeccionar per a cada territori i població. Per aconseguir millors

condicions d'ocupació i de treball, les polítiques i intervencions públiques econòmiques, socials i de salut requereixen de la implementació de programes i accions intersectorials integrades, amb la participació activa de diferents actors socials implicats i institucions afectades com actors polítics, governs, treballadors i organitzacions comunitàries.

La reducció de les desigualtats socials en **salut** hauria de formar part, en general, de les polítiques socials i econòmiques integrades locals i globals; i, més concretament, de les intervencions i programes específics en matèria laboral i de salut pública com, per exemple, accés universal a l'educació pública, lleis sobre un salari mínim suficient, redistribució de la renda mitjançant un sistema impositiu progressiu, serveis socials, eliminació de la bretxa salarial de gènere, ètnia i altres formes de discriminació, i protecció del dret d'associació i de negociació col·lectiva. L'evident fracàs de les regulacions actuals per protegir els treballadors vulnerables, sol reflectir més un incompliment de les normes que un argument contrari a l'opció reguladora.

El sector de la salut hauria d'assumir un paper important en la consecució de l'equitat en salut per als treballadors i les seves famílies, per exemple, mitjançant debats sobre models de desenvolupament econòmic, sobre polítiques de mercat laboral o sobre regulacions de les condicions d'ocupació i de treball i mitjançant evidència del seu impacte en la salut dels treballadors i les seves famílies.

Tal i com hem comentat, i també ho han reiterat els experts consultats, a nivell local és més difícil realitzar polítiques per disminuir la precarietat laboral, l'atur o la informalitat, ja que aquestes situacions essencialment són producte de la dinàmica macroeconòmica i les polítiques de flexibilització laboral. Les recomanacions i intervencions proposades en aquest àmbit van doncs enfocades principalment a l'increment de la participació ciutadana adreçada a la identificació i demanda de millora de les polítiques laborals, un apropament que generà un elevat consens en el panel d'experts.

Dita participació hauria d'anar més enllà de les reunions i l'àmbit verbal i traduir-se en fets, és a dir, en intervencions de contingut divers en funció de les diferents problemàtiques exposades, la qual cosa implica que els actors polítics tinguin en compte les demandes ciutadanes a l'hora d'elaborar polítiques locals.

Un segon punt repetidament proposat per millorar la qualitat de l'ocupació i les condicions de vida dels ciutadans de la ciutat de Barcelona, particularment dels usuaris

dels serveis socials en tractar-se d'un col·lectiu vulnerable en extrem, és encetar un programa de renda bàsica. D'aquesta manera es permetria que els ciutadans disposessin d'uns ingressos mínims per mantenir uns estàndards de vida dignes mentre no disposen d'ingressos procedents del mercat laboral, o aquests són molt baixos. Indirectament, contribueix a millorar les condicions de treball i ocupació, en alliberar de la necessitat imperiosa d'acceptar i mantenir un lloc de treball independentment dels termes en què es desenvolupa.

Un tercer factor determinant de la qualitat de vida i la salut de les persones és l'habitatge. Una recomanació proposada és garantir el dret a l'habitatge a través d'un parc d'habitatges socials de l'Ajuntament de Barcelona. També s'hauria de limitar el lloguer d'habitatges a ús turístic. Aquest fet provoca que augmentin els preus dels lloguers i una conseqüent gentrificació dels barris tot expulsant els col·lectius més vulnerables dels entorns urbans on han desenvolupat tradicionalment la seva existència i activitats.

Les propostes més destacades sorgides en el marc del panel d'experts orientades específicament a disminuir la **precarietat laboral** a la ciutat de Barcelona foren:

a) Oferir unes condicions adequades d'ocupació i treball en les ofertes de contractació del sector públic. Com hem comentat abans, a nivell local és complicat exercir control sobre les condicions de l'empresa privada, però sí es poden instaurar els estàndards desitjables en les ofertes públiques de l'Ajuntament. Aquests estàndards haurien d'estar enfocats a disminuir o eliminar la precarietat laboral de la institució pública. Per exemple és possible prioritzar la contractació permanent, i evitar els contractes de durada extremadament curta o incerta; afavorir el treball a jornada completa; regular l'existència d'uns salaris mínims en relació amb el nivell de vida de la ciutat de Barcelona; permetre la flexibilitat horària dels treballadors quan aquests ho sol·licitin (tot ajudant-se de mitjans com ara el teletreball) a fi de possibilitar la conciliació de la vida laboral i familiar. Totes aquestes recomanacions es podrien implementar no només en els treballadors i contractes nous, si no en tots els treballadors actuals de l'Ajuntament.

b) Les licitacions de l'Ajuntament de Barcelona haurien d'incloure entre les seves clàusules unes condicions laborals adequades. L'administració pública és el major agent consumidor de l'economia, de manera que (a banda de predicar amb l'exemple) no pot

menysprear-se la influència que sobre el mercat de treball pot tenir la regulació d'unes condicions de treball i ocupació no inferiors a les que frueixen els treballadors públics (o els contractats directament per l'Ajuntament), en les empreses privades que proveeixen béns, serveis o subministraments al mateix. Igualment caldria afavorir en els procediments de licitació les associacions sense ànim de lucre o cooperatives, per tal fer de promoure l'economia social. A més, una vegada realitzada l'adjudicació, caldria controlar l'acompliment dels termes acordats a través d'inspeccions periòdiques mitjançant les quals es confirmi que els treballadors d'aquestes empreses estiguin contractats sota el conveni i categoria que els correspon segons la feina realment realitzada i en els horaris que els correspon. Aquestes clàusules relacionades amb el treball digne en les licitacions són particularment recomanables ja que el capítol salarial és una de les principals partides susceptibles de reduir costos de cara a la consecució del contracte: d'aquesta manera ens podem trobar amb la paradoxa que el sector públic està reforçant indirectament la precarització del mercat laboral.

c) Transparència en totes les condicions d'ocupació i treball de tots els treballadors de l'Ajuntament. En particular, que es facin públics i a l'abast de tothom qui ho vulgui consultar els sous de tot el personal de l'Ajuntament amb el número de persones que estan a dins de cada categoria, així com el número d'homes i dones. Aquesta mesura pot posar en evidència les possibles desigualtats salarials entre treballadors de l'Ajuntament, entre aquests i les empreses proveïdores o possibles diferències de gènere i tenir dades així per tal de poder-les disminuir.

d) Incentivar amb diferents tipus de beneficis, ja siguin fiscals o publicitaris, a les empreses que ofereixin unes bones condicions d'ocupació i de treball. Malgrat legislar les condicions d'ocupació i treball en les empreses privades queda fora de l'abast de les entitats locals, es podria premiar amb una reducció dels impostos municipals aquelles empreses que assoleixin determinats estàndards de qualitat laboral entre els seus treballadors. Igualment, es podria afavorir la imatge corporativa d'aquestes empreses mitjançant la creació d'un segell de qualitat en l'ocupació que promocioni l'Ajuntament de Barcelona.

Pel que fa a l'**atur**, les polítiques actives d'ocupació (ja es tracti de plans d'ocupació o de mesures d'orientació i formació) han demostrat ser capaces de millorar la salut dels aturats, tot incrementant la seva ocupabilitat i/o retornant els beneficis psicològics del

treball que es perden amb la feina remunerada, com ara: l'estructuració del temps en una rutina diària, un sentit de la identitat personal i contactes socials. Aquestes polítiques actives haurien d'anar enfocades principalment als col·lectius més desfavorits, com és el cas dels usuaris de serveis socials. En aquestes mesures és important garantir en tot moment unes condicions d'ocupació/formació dignes, així com un increment real de l'ocupabilitat potencial dels beneficiaris.

La incentivació de la contractació dels aturats mitjançant avantatges fiscals o d'altra mena per part de l'Ajuntament és una altra mesura possible, encara que en aquest cas es planteja novament el problema de la supervisió de les condicions de treball i ocupació, particularment si els beneficiaris pertanyen a col·lectius desfavorits.

Seria important també realitzar polítiques per tal de trencar els estereotips de l'atur tal i com s'ha fet o s'està fent amb el gènere i la immigració. La realització de campanyes orientades a descarregar de responsabilitat individual la situació d'atur i evitar l'estigmatització de les persones aturades podria tenir un impacte positiu en la salut de les mateixes.

En relació a les polítiques orientades a la **informalitat**, la major part del treball informal en els països de renda alta es desenvolupa en el marc d'un lloc de treball formal, sota la forma d'un allargament de la jornada laboral legal sense contrapartida, hores de treball pagades en negre o encàrrecs al marge de la relació contractual formal. Així, una altra de les actuacions per tal de disminuir la informalitat a Barcelona seria augmentar les inspeccions en les empreses, sobretot en aquelles concessions públiques de l'Ajuntament.

Quant al treball pròpiament informal, l'aspecte més preocupant d'aquest des del punt de vista de la salut correspon o bé a feines secundàries motivades per baixos ingressos a la feina principal, o bé és tracta d'una forma de subocupació (atur) de molt baixa productivitat motivada per la necessitat de supervivència. En ambdós casos, les oportunitats de treball en unes condicions dignes són el millor estímul a la formalització. En aquest sentit, l'Ajuntament pot contribuir amb l'oferta de plans d'ocupació específics per a determinats col·lectius, de manera que els treballadors informals puguin aprendre un ofici i reciclar-se laboralment. En un sentit completament diferent, l'existència d'una renda bàsica pot contribuir a eliminar aquestes formes de treball caracteritzades pel seu baix valor afegit i dignificar la vida d'aquestes persones.

6.2. Limitacions

El present estudi no està lliure de limitacions. La primera a destacar, és la dificultat per descartar la casualitat inversa degut a la naturalesa transversal de les dades, al possible efecte confusor de patologies cròniques no mesurades i a la possible bidireccionalitat entre l'ocupació i la salut. Tot i així, estudis qualitius corroboren la relació causal entre la precarietat laboral i la mala salut (Amable et al. 2001). Una segona limitació senyala al fet que el grup de referència sobre el que sustenten les associacions tenen un nivell de vulnerabilitat ja elevat que podria provocar una infraestimació de les associacions. La tercera és el fet que, tant la precarietat laboral com les mesures de salut es sustenten en la declaració individual dels entrevistats. Tot i així, aquestes mesures autoreportades han estat validades (Alonso et al. 1998; Vives et al. 2015) i s'ha demostrat que són bones predictores de morbiditat. Una quarta limitació és en relació al mètode de mostreig realitzat en aquest estudi. Al tractar-se d'una mostra observacional no representativa i al restringir-se l'estudi només als treballadors amb contracte sense valors perduts en cap de les variables, pot comprometre la validesa externa d'aquest estudi. Així mateix, existeix el risc de biaix de selecció degut al mètode de reclutament dels participants, tot i que es van indicar de manera explícita els criteris que devien seguir els treballadors socials per incloure a les persones usuàries en l'estudi, també podria ser que es poguessin aplicar criteris no declarats en la seva decisió.

6.3. Fortaleses

Una de les principals fortaleses d'aquest estudi és ser el primer en estimar la prevalença de precarietat laboral multidimensional en una població d'espacial vulnerabilitat social i econòmica com és la població usuaris dels serveis socials utilitzant una mesura validada, l'EPRES. A més, és el primer en explorar el paper mediador de la privació econòmica en l'associació entre la precarietat laboral i la salut, posant a prova els marcs teòrics i contribuint amb un nou enfocament metodològic en l'estudi de la precarietat laboral que pot inspirar futures investigacions. Finalment, tot i que els estudis prospectius són el *gold-standard* en l'estudi de la mediació, els estudis transversals suposen una bona estratègia a curt termini per contribuir al desenvolupament conceptual i metodològic de la investigació. Els resultats sobre mediació aquí presentats són de caràcter exploratori i pretenen inspirar noves investigacions sobre la població general.

7. CONCLUSIONS

7. Conclusions

Com a conclusió, l'evidència quantitativa presentada en aquest estudi contribueix a mostrar la situació de precarietat laboral, econòmica i social, atur i informalitat, que pateix la població usuària de serveis socials, com a representants d'uns dels estrats socials més vulnerables de la població.

Les associacions amb la mala salut observades posen de manifest la rellevància de les condicions d'ocupació en el benestar dels treballadors amb condicions de vida més precàries. En comparació amb altres estudis, les associacions presentades en aquest estudi no són tan elevades, però el motiu principal és que el grup de comparació (baixa precarietat, no aturat o treballador indefinit) presenta una prevalença de mala salut més elevada que la població general.

Les troballes d'aquest estudi tenen una gran importància per a la salut pública i les polítiques públiques ja que posen el focus a on i a qui s'han de fer intervencions per disminuir les desigualtats en salut i millorar la qualitat de vida d'aquests col·lectius més vulnerables. A més, també accentua la necessitat de crear un sistema de vigilància que monitoritzi la precarietat laboral, mesurada multidimensionalment, l'atur, la informalitat i la salut, especialment en aquests grups més vulnerables, per poder reduir les desigualtats i poder-los analitzar i veure l'evolució més detalladament.

Per tal de reduir la precarietat, l'atur i la informalitat i disminuir així les desigualtats en salut, les polítiques a nivell global són les que resulten més eficaç, però també es poden realitzar polítiques a nivell local per tal de fer intervencions concretes sobre aquests col·lectius.

No obstant això, noves investigacions són necessàries per enfortir l'evidència epidemiològica i informar a tots els agents involucrats en el mercat laboral. El desenvolupament de noves investigacions hauria d'encarar la necessitat d'incloure totes les diferents condicions d'ocupació en estudis de caràcter longitudinal i poblacional que permetin aclarir amb més encert els mecanismes que intervenen en la relació amb la salut, i les desigualtats de gènere i origen trobades en aquest estudi, així com ampliar l'àmbit a altres grups vulnerables de la força de treball com treballadors autònoms i autònoms dependents. Disposar d'informació sobre el temps des de l'arribada o al país de procedència de les persones d'origen estranger, així com la discriminació del mercat laboral, o la falta de suport social podrien ajudar a aclarir els afectes de les condicions

d'ocupació sobre la població migrant, així com la necessitat d'incorporar una perspectiva interseccional que permet entreveure els mecanismes existents entre diferents eixos de desigualtat.

A més, també seria important que després de la realització de diferents intervencions o polítiques per millorar les condicions d'ocupació i disminuir la desigualtat es realitzin avaluacions d'aquestes polítiques per saber què serveix i què no, i així poder millorar aquestes polítiques.

8. BIBLIOGRAFIA

8. Bibliografia

- Ajuntament de Barcelona. 2012. “Los Servicios Sociales Básicos. La Red de Servicios Sociales.” Retrieved (http://w110.bcn.cat/portal/site/ServeisSocials/menuitem.931633495bcd6167b4f7b4f7a2ef8a0c/index292e.html?vgnextoid=1a47d6513697d210VgnVCM10000074fea8c0RCRD&vgnnextchannel=1a47d6513697d210VgnVCM10000074fea8c0RCRD&lang=es_ES).
- Alfers, L. and M. Rogan. 2014. “Health Risks and Informal Employment in South Africa: Does Formality Protect Health?” *International journal of occupational and environmental health* 2049396714Y-00000000066.
- Alonso, J. et al. 1998. “Valores Poblacionales de Referencia de La Versión Española Del Cuestionario de Salud SF-36.” *Medicina Clínica* 111(11):410–16.
- Amable, M., J. Benach, and S. González. 2001. “La Precariedad Laboral Y Su Repercusión Sobre La Salud: Conceptos Y Resultados Preliminares de Un Estudio Multimétodos.” *Arch Prev Riesgos Labor* 4(4):169–84.
- Amable, Marcelo. 2006. “La Precariedad Laboral Y Su Impacto Sobre La Salud. Un Estudio En Trabajadores Asalariados En España.” Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Spain.
- Aragón, Jorge, Jesús Cruces, Luis De la Fuente, Alicia Martínez, and Amaia Otaegui. 2012. *Trabajadores Pobres Y Empobrecimiento En España*.
- Arias-de la Torre, Jorge, Lucía Artazcoz, Antonio José Molina, Tania Fernández-Villa, and Vicente Martín. 2016. “Inequalities in Mental Health in the Working Population of Spain: A National Health Survey-Based Study.” *Gaceta Sanitaria* 30(5):339–44.
- Aronsson, Gunnar. 1999. “Contingent Workers and Health and Safety.” *Work, Employment & Society* 13(3):439–59.
- Aronsson, Gunnar, Klas Gustafsson, and Margareta Dallner. 2002. “Work Environment and Health in Different Types of Temporary Jobs.” *European journal of work and organizational psychology* 11(2):151–75.
- Artazcoz, Lucía, Joan Benach, Carme Borrell, and Imma Cortès. 2005. “Social

- Inequalities in the Impact of Flexible Employment on Different Domains of Psychosocial Health.” *Journal of epidemiology and community health* 59(9):761–67.
- Artazcoz, Lucía, Joan Benach, Carme Borrell, and Immaculada Cortès. 2004. “Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions among Gender, Family Roles, and Social Class.” *American Journal of public health* 94(1):82–88. Retrieved February 21, 2014 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1449831&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>).
- Bacci, Silvia, Claudia Pigini, Marco Seracini, and Liliana Minelli. 2017. “Employment Condition, Economic Deprivation and Self-Evaluated Health in Europe: Evidence from EU-SILC 2009–2012.” *International journal of environmental research and public health* 14(2):143.
- Bambra, C. et al. 2010. “Tackling the Wider Social Determinants of Health and Health Inequalities: Evidence from Systematic Reviews.” *Journal of epidemiology and community health* 64(4):284.
- Barbier, Jean-Claude. 2008. “There Is More to Job Quality than ‘Precariousness’: a Comparative Epistemological Analysis of the ‘Flexibility and Security’ Debate in Europe.” Pp. 31–51 in *Flexibility and Employment Security in Europe*, edited by R.J.A. Muffels. Paris: Edward Elgar Publishing.
- Barcelona, Departament d’Estadística de l’Ajuntament de. 2011. “Población En Riesgo de Pobreza O Exclusión (Tasa AROPE) En Barcelona Y Otros Ámbitos.” Retrieved November 28, 2017 (<http://www.bcn.cat/estadistica/castella/dades/anuaris/anuari14/cap04/C0415040.htm>).
- Bardasi, Elena and Marco Francesconi. 2004. “The Impact of Atypical Employment on Individual Wellbeing: Evidence from a Panel of British Workers.” *Social science & medicine* 58(9):1671–88.
- Bartoll, Xavier, Laia Palència, Davide Malmusi, Marc Suhrcke, and Carme Borrell. 2014. “The Evolution of Mental Health in Spain during the Economic Crisis.” *The European Journal of Public Health* 24(3):415–18.

- Benach, J. et al. 2007. *Employment Conditions and Health Inequalities: Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH)*.
- Benach, J., O. Solar, et al. 2010. "A Micro-Level Model of Employment Relations and Health Inequalities." *International Journal of Health Services* 40(2):223–27.
- Benach, J. et al. 2014. "Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health." *Annual Review Public Health* 35:229–53.
- Benach, J., C. Muntaner, O. Solar, V. Santana, and M. Quinlan. 2010. *Empleo, Trabajo Y Desigualdades En Salud: Una Visión Global*. Barcelona, Spain: Editorial Icaria.
- Benach, Joan et al. 2015. "La Precariedad Laboral Medida de Forma Multidimensional: Distribución Social Y Asociación Con La Salud En Cataluña." *Gaceta Sanitaria* 29(5):375–78.
- Benach, Joan, Fernando G. Benavides, Steven Platt, Ana Diez-Roux, and Carles Muntaner. 2000. "The Health-Damaging Potential of New Types of Flexible Employment: A Challenge for Public Health Researchers." *American Journal of Public Health* 90(8):1316.
- Benach, Joan and Carles Muntaner. 2005. *Aprender a Mirar La Salud: Cómo La Desigualdad Social Daña Nuestra Salud*. Barcelona: Editorial El Viejo Topo.
- Benavides, F. G. et al. 2006. "Associations between Temporary Employment and Occupational Injury: What Are the Mechanisms?" *Occupational and environmental medicine* 63(6):416–21.
- Benavides, Fernando G., Joan Benach, Ana V Diez-Roux, and C. Roman. 2000. "How Do Types of Employment Relate to Health Indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions." *Journal of Epidemiology and Community Health* 54(7):494–501.
- Bernhard-Oettel, Claudia, Magnus Sverke, and Hans De Witte. 2005. "Comparing Three Alternative Types of Employment with Permanent Full-Time Work: How Do Employment Contract and Perceived Job Conditions Relate to Health Complaints?" *Work & Stress* 19(4):301–18.
- Bobak, Martin, Hynek Pikhart, Richard Rose, Clyde Hertzman, and Michael Marmot. 2000. "Socioeconomic Factors, Material Inequalities, and Perceived Control in Self-Rated Health: Cross-Sectional Data from Seven Post-Communist Countries."

- Social science & medicine* 51(9):1343–50.
- Borg, V. and T. S. Kristensen. 2000. “Social Class and Self-Rated Health: Can the Gradient Be Explained by Differences in Life Style or Work Environment?” *Social Science and Medicine* 51(7):1019–30.
- Borrell, C. and L. Artazcoz. 2008. “Las Políticas Para Disminuir Las Desigualdades En Salud.” *Gaceta Sanitaria* 22(5):465–73.
- Borrell, Carme et al. 2013. “Influence of Macrosocial Policies on Women’s Health and Gender Inequalities in Health.” *Epidemiologic reviews* 36(1):31–48.
- Borrell, Carme, Carles Muntaner, Joan Benach, and Lucía Artazcoz. 2004. “Social Class and Self-Reported Health Status among Men and Women: What Is the Role of Work Organisation, Household Material Standards and Household Labour?” *Social science & medicine* 58(10):1869–87.
- Burgard, Sarah A., Jennie E. Brand, and James S. House. 2009. “Perceived Job Insecurity and Worker Health in the United States.” *Social Science & Medicine* 69(5):777–85.
- Burgard, Sarah A., Lucie Kalousova, and Kristin S. Seefeldt. 2012. “Perceived Job Insecurity and Health: The Michigan Recession and Recovery Study.” *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 54(9):1101–6.
- Butterworth, Peter, Bryan Rodgers, and Tim D. Windsor. 2009. “Financial Hardship, Socio-Economic Position and Depression: Results from the PATH Through Life Survey.” *Social science & medicine* 69(2):229–37.
- Canivet, Catarina et al. 2016. “Precarious Employment Is a Risk Factor for Poor Mental Health in Young Individuals in Sweden: A Cohort Study with Multiple Follow-Ups.” *BMC public health* 16(1):687.
- Cano-Serral, Gemma et al. 2009. “Socioeconomic Inequalities in Mortality in Barcelona: A Study Based on Census Tracts (MEDEA Project).” *Health & place* 15(1):186–92.
- Catalano, Ralph, Karen Rook, and David Dooley. 1986. “Labor Markets and Help-Seeking: A Test of the Employment Security Hypothesis.” *Journal of Health and Social Behavior* 277–87.

- Cayuela, Ana, Davide Malmusi, María José López-Jacob, Mercè Gotsens, and Elena Ronda. 2015. "The Impact of Education and Socioeconomic and Occupational Conditions on Self-Perceived and Mental Health Inequalities Among Immigrants and Native Workers in Spain." *Journal of immigrant and minority health* 17(6):1906–10.
- Clarke, Marlea, Wayne Lewchuk, Alice de Wolff, and Andy King. 2007. "'This Just Isn't Sustainable': Precarious Employment, Stress and Workers' Health." *International Journal of Law and Psychiatry* 30(4):311–26.
- Cranford, Cynthia J., Leah F. Vosko, and Nancy Zukewich. 2003. "Precarious Employment in the Canadian Labour Market: A Statistical Portrait." *Just labour* 3.
- CSDH. 2008. "Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health."
- De Cuyper, Nele and Hans De Witte. 2007. "Job Insecurity in Temporary versus Permanent Workers: Associations with Attitudes, Well-Being, and Behaviour." *Work & Stress* 21(1):65–84.
- Dooley, D., J. Fielding, and L. Levi. 1996. "Health and Unemployment." *Annual Review of Public Health* 17(1):449–65.
- European Commission. 2015. *Portfolio of EU Social Indicators for the Monitoring of Progress towards the EU Objectives for Social Protection and Social inclusion—2015 Update*. Technical report, European Commission.
- Faura-Martínez, Úrsula, Matilde Lafuente-Lechuga, and Olga García-Luque. 2016. "Riesgo de Pobreza O Exclusión Social: Evolución Durante La Crisis Y Perspectiva Territorial." *Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (156):59–76.
- Ferrie, Jane E., Mika Kivimäki, Martin J. Shipley, George Davey Smith, and Marianna Virtanen. 2013. "Job Insecurity and Incident Coronary Heart Disease: The Whitehall II Prospective Cohort Study." *Atherosclerosis* 227(1):178–81.
- Ferrie, Jane E., Martin J. Shipley, Katherine Newman, Stephen A. Stansfeld, and Michael Marmot. 2005. "Self-Reported Job Insecurity and Health in the Whitehall II Study: Potential Explanations of the Relationship." *Social science & medicine*

60(7):1593–1602.

- Ferrie, Jane E., Hugo Westerlund, Marianna Virtanen, Jussi Vahtera, and Mika Kivimäki. 2008. "Flexible Labor Markets and Employee Health." *SJWEH Supplements* (6):98–110.
- Gago, Elvira G. and S.Kirzner Marcelo. 2013. "Women, Gender Equality and the Economic Crisis in Spain." *Women and Austerity: The economic crisis and the future for gender equality* 11:228.
- Gallie, Duncan. 2013. *Economic Crisis, Quality of Work, and Social Integration: The European Experience*. OUP Oxford.
- Gallie, Duncan and Serge Paugam. 2002. *Social Precarity and Social Integration*. Brussels: European Commission.
- Gebel, Michael and Jonas Voßemer. 2014. "The Impact of Employment Transitions on Health in Germany. A Difference-in-Differences Propensity Score Matching Approach." *Social Science & Medicine* (1982) 108:128–36.
- Gilsanz, Francisco J.Lorenzo, Cáritas Española, and Fundación FOESSA. 2014. "Poverty and Social Exclusion in Spain: Structural Consequences of Our Growth Model." *Revista Internacional De Políticas De Bienestar y Trabajo Social International Welfare Policies and Social Work Journal* 91.
- Gotsens, Mercè et al. 2015. "Health Inequality between Immigrants and Natives in Spain: The Loss of the Healthy Immigrant Effect in Times of Economic Crisis." *The European Journal of Public Health* 25(6):923–29.
- Greenhalgh, Leonard and Zehava Rosenblatt. 1984. "Job Insecurity: Toward Conceptual Clarity." *Academy of Management review* 9(3):438–48.
- Groffen, Danielle A. I., Hans Bosma, Marjan van den Akker, Gertrudis I. J. M. Kempen, and Jacques Th M. van Eijk. 2007. "Material Deprivation and Health-Related Dysfunction in Older Dutch People: Findings from the SMILE Study." *European Journal of Public Health* 18(3):258–63.
- Guio, Anne-Catherine et al. 2016. "Improving the Measurement of Material Deprivation at the European Union Level." *Journal of European Social Policy* 26(3):219–333.
- Gunasekara, Fiona Imlach, Kristie N. Carter, Peter Crampton, and Tony Blakely. 2013.

- “Income and Individual Deprivation as Predictors of Health over Time.”
International journal of public health 58(4):501–11.
- Horwitz, Laszlo and Martin Myant. 2015. *Spain’s Labour Market Reforms: The Road to Employment—or to Unemployment?* Brussels.
- IDESCAT. 2014. “Estadística de Distribució Personal de La Renda I Risc de Pobresa.” 1–7.
- Jahoda, Marie. 1982. *Employment and Unemployment: A Social-Psychological Analysis*. CUP Archive.
- Johns, Gary. 2010. “Presenteeism in the Workplace: A Review and Research Agenda.” *Journal of Organizational Behavior* 31(4):519.
- Julià, Mireia et al. 2016. “Informal Employment in High-Income Countries for a Health Inequalities Research: A Scoping Review.” *Work* 53:347–56.
- Julià, Mireia. 2016. “Precarització de Les Condicions D’ocupació a La Unió Europea: Precarietat, Informalitat I Associació Amb La Salut.” Universitat Pompeu Fabra.
- Julià, Mireia, Alejandra Vives, Gemma Tarafa, and Joan Benach. 2017. “Changing the Way We Understand Precarious Employment and Health: Precarisation Affects the Entire Salaried Population.” *Safety Science* 100:66–73.
- Kachi, Yuko, Toshiaki Otsuka, and Tomoyuki Kawada. 2014. “Precarious Employment and the Risk of Serious Psychological Distress: A Population-Based Cohort Study in Japan.” *Scandinavian journal of work, environment & health* 40(5):465–72.
- Kalleberg, Arne L. 2009. “Precarious Work, Insecure Workers: Employment Relations in Transition.” *American sociological review* 74(1):1–22.
- Kenny, David A. 2008. “Mediation with Dichotomous Outcomes.” *Research Note, University of Connecticut*.
- Keuskamp, Dominic, Anna M. Ziersch, Fran E. Baum, and Anthony D. LaMontagne. 2013. “Precarious Employment, Psychosocial Working Conditions, and Health: Cross- sectional Associations in a Population- based Sample of Working Australians.” *American journal of industrial medicine* 56(8):838–44.
- Kiely, Kim M., Liana S. Leach, Sarah C. Olesen, and Peter Butterworth. 2015. “How Financial Hardship Is Associated with the Onset of Mental Health Problems over

- Time.” *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 50(6):909–18.
- Kim, Il-Ho, Carles Muntaner, Haejoo Chung, Joan Benach, and EMCONET Network. 2010. “Case Studies on Employment-Related Health Inequalities in Countries Representing Different Types of Labor Markets.” *International Journal of Health Services* 40(2):255–67.
- Lewchuk, Wayne, Alice de Wolff, Andy King, and Michael Polanyi. 2003. “From Job Strain to Employment Strain: Health Effects of Precarious Employment.” *Just Labour* 3.
- Loewenson, René. 2002. “Occupational Hazards in the Informal Sector - A Global Perspective.” Pp. 329–42 in *Health effects of the new labour market*, edited by Kerstin Isaksson, Christer Hogstedt, Charli Eriksson, and Töres Theorell. New York: Kluwer Academic Publishers. Retrieved October 21, 2015 (<http://www.springerlink.com/index/10.1007/b107761>).
- López-Ruiz, María, Lucía Artazcoz, José M. Martínez, Marianela Rojas, and Fernando G. Benavides. 2015. “Informal Employment and Health Status in Central America.” *BMC public health* 15(1):698.
- Lynch, John W., George A. Kaplan, and Jukka T. Salonen. 1997. “Why Do Poor People Behave Poorly? Variation in Adult Health Behaviours and Psychosocial Characteristics by Stages of the Socioeconomic Lifecourse.” *Social science & medicine* 44(6):809–19.
- Malmusi, Davide, Alejandra Vives, Joan Benach, and Carme Borrell. 2014. “Gender Inequalities in Health: Exploring the Contribution of Living Conditions in the Intersection of Social Class.” *Glob Health Action* 7:23189.
- Marmot, M., S. Friel, R. Bell, T. A. J. Houweling, and S. Taylor. 2008. “Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health.” *The Lancet* 372(9650):1661–69.
- Marmot, Michael. 2005. “Social Determinants of Health Inequalities.” *The Lancet* 365(9464):1099–1104.
- Marmot, Michael G. et al. 1991. “Health Inequalities among British Civil Servants: The Whitehall II Study.” *The Lancet* 337(8754):1387–93.
- Navarro, V. 2004. *The Political and Social Contexts of Health*. Baywood Publishing

Company, Inc.

- Nolan, Brian and Christopher T. Whelan. 2010. "Using Non-monetary Deprivation Indicators to Analyze Poverty and Social Exclusion: Lessons from Europe?" *Journal of Policy Analysis and Management* 29(2):305–25.
- Nordenmark, M. and M. Strandh. 1999. "Towards a Sociological Understanding of Mental Well-Being among the Unemployed: The Role of Economic and Psychosocial Factors." *Sociology* 33(3):577–97.
- Park, Eun-Cheol. 2015. "Precarious Employment and New-Onset Severe Depressive Symptoms: A Population-Based Prospective Study in South Korea." *Scand J Work Environ Health* 41(4):329–37.
- Paul, Karsten I. and Klaus Moser. 2009. "Unemployment Impairs Mental Health: Meta-Analyses." *Journal of Vocational behavior* 74(3):264–82.
- Pförtner, Timo-Kolja and Frank J. Elgar. 2016. "Widening Inequalities in Self-Rated Health by Material Deprivation? A Trend Analysis between 2001 and 2011 in Germany." *J Epidemiol Community Health* 70(1):82–89.
- Pirani, Elena and Silvana Salvini. 2015. "Is Temporary Employment Damaging to Health? A Longitudinal Study on Italian Workers." *Social Science & Medicine* 124:121–31.
- Porthe, V. et al. 2010. "Extending a Model of Precarious Employment: A Qualitative Study of Immigrant Workers in Spain." *American Journal of Industrial Medicine* 53(4):417–24.
- Puig-Barrachina, Vanessa et al. 2014. "Measuring Employment Precariousness in the European Working Conditions Survey: The Social Distribution in Europe." *Work AJ Prev Assess Rehabil* 49:143–61.
- Quinlan, Michael and Philip Bohle. 2004. "Contingent Work and Occupational Safety." Pp. 81–105 in *The psychology of workplace safety*, edited by Julian Barling and Michael Frone. Washington, DC: American Psychological Association.
- Quinlan, Michael, Claire Mayhew, and Philip Bohle. 2001. "The Global Expansion of Precarious Employment, Work Disorganization, and Consequences for Occupational Health: A Review of Recent Research." *International Journal of Health Services* 31(2):335–414.

- Robert, Gemma, José Miguel Martínez, Ana M. García, Fernando G. Benavides, and Elena Ronda. 2014. "From the Boom to the Crisis: Changes in Employment Conditions of Immigrants in Spain and Their Effects on Mental Health." *The European Journal of Public Health* 24(3):404–9.
- Rodgers, G. 1989. "Precarious Work in Western Europe." Pp. 1–16 in *Precarious jobs in labour market regulation: the growth of atypical employment in western Europe*, edited by Gerry Rodgers and Janine Rodgers. Belgium: International Institute for Labour Studies.
- Rosenblatt, Zehava, Ilan Talmud, and Ayalla Ruvio. 1999. "A Gender-Based Framework of the Experience of Job Insecurity and Its Effects on Work Attitudes." *European Journal of work and organizational psychology* 8(2):197–217.
- Schulz, Amy J. et al. 2006. "Psychosocial Stress and Social Support as Mediators of Relationships between Income, Length of Residence and Depressive Symptoms among African American Women on Detroit's Eastside." *Social science & medicine* 62(2):510–22.
- Serveis Socials. 2013. *Informe Sectorial*. Barcelona.
- Shortt, S. E. 1996. "Is Unemployment Pathogenic? A Review of Current Concepts with Lessons for Policy Planners." *International journal of health services: planning, administration, evaluation* 26(3):569–89.
- Solar, O. and A. Irwin. 2007. "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health."
- Sousa, Emily et al. 2010. "Immigration, Work and Health in Spain: The Influence of Legal Status and Employment Contract on Reported Health Indicators." *International journal of public health* 55(5):443–51.
- Standing, Gay. 2011. *El Precariado. Una Nueva Clase Social*. Barcelona: Ediciones de Pasado y Presente.
- Sverke, Magnus, Johnny Hellgren, and Katharina Näswall. 2002. "No Security: A Meta-Analysis and Review of Job Insecurity and Its Consequences." *Journal of occupational health psychology* 7(3):242.
- Tomba, Emile, Heather Scott-Marshall, Roman Dolinski, Scott Trevithick, and Sudipa Bhattacharyya. 2007. "Precarious Employment Experiences and Their Health

- Consequences: Towards a Theoretical Framework.” *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation* 28(3):209–24.
- Townsend, Peter. 1987. “Deprivation.” *Journal of social policy* 16(2):125–46.
- VanderWeele, Tyler J. 2016. “Mediation Analysis: A Practitioner’s Guide.” *Annual review of public health* 37:17–32.
- Virtanen, Marianna et al. 2005. “Temporary Employment and Health: A Review.” *International journal of epidemiology* 34(3):610–22.
- Virtanen, Marianna, M. Kivimäki, Marko Elovainio, J. Vahtera, and Jane E. Ferrie. 2003. “From Insecure to Secure Employment: Changes in Work, Health, Health Related Behaviours, and Sickness Absence.” *Occupational and environmental medicine* 60(12):948–53.
- Virtanen, Marianna, Mika Kivimäki, Marko Elovainio, Jussi Vahtera, and Cary L. Cooper. 2001. “Contingent Employment, Health and Sickness Absence.” *Scandinavian journal of work, environment & health* 365–72.
- Virtanen, Pekka et al. 2005. “Labor Market Trajectories and Health: A Four-Year Follow-up Study of Initially Fixed-Term Employees.” *American Journal of Epidemiology* 161(9):840–46.
- Virtanen, Pekka, Urban Janlert, and Anne Hammarström. 2011. “Exposure to Nonpermanent Employment and Health: Analysis of the Associations with 12 Health Indicators.” *Journal of occupational and environmental medicine* 53(6):653–57.
- Vives, A. et al. 2010. “The Employment Precariousness Scale (EPRES): Psychometric Properties of a New Tool for Epidemiological Studies among Waged and Salaried Workers.” *Occupational and environmental medicine* 67(8):548–55.
- Vives, A. et al. 2011. “Employment Precariousness (EPRES) in Spain: Prevalence, Social Patterning and Population Attributable Risk of Poor Mental Health.” *International Journal of Health Services* 41(4):625–46.
- Vives, Alejandra et al. 2011. “Employment Precariousness in Spain: Prevalence, Social Distribution, and Population-Attributable Risk Percent of Poor Mental Health.” *International Journal of Health Services* 41(4):625–46.

- Vives, Alejandra et al. 2013. "Employment Precariousness and Poor Mental Health: Evidence from Spain on a New Social Determinant of Health." *Journal of environmental and public health* ID 978656:10 pages.
- Vives, Alejandra, Francisca González, Salvador Moncada, Clara Llorens, and Joan Benach. 2015. "Measuring Precarious Employment in Times of Crisis: The Revised Employment Precariousness Scale (EPRES) in Spain." *Gaceta Sanitaria* 29(5):379–82.
- Waenerlund, Anna-Karin, Pekka Virtanen, and Anne Hammarström. 2011. "Is Temporary Employment Related to Health Status? Analysis of the Northern Swedish Cohort." *Scandinavian journal of public health* 39(5):533–39.
- Wagstaff, A. 2002. "Poverty and Health Sector Inequalities." *Bulletin of the World Health Organization* 80(2):97–105.
- Ware, JE. 1993. *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. 2nd ed. Boston: The Health Institute.
- Whelan, Christopher T. and Bertrand Maître. 2012. "Understanding Material Deprivation: A Comparative European Analysis." *Research in Social Stratification and Mobility* 30(4):489–503.
- Whitehead, Margaret. 1992. "The Concepts and Principles of Equity and Health." *International journal of health services* 22(3):429–45. Retrieved (<http://heapro.oxfordjournals.org.eresources.shef.ac.uk/content/6/3/217>).
- De Witte, Hans. 1999. "Job Insecurity and Psychological Well-Being: Review of the Literature and Exploration of Some Unresolved Issues." *European Journal of work and Organizational psychology* 8(2):155–77.
- Zhao, Xinshu, John G. Lynch Jr, and Qimei Chen. 2010. "Reconsidering Baron and Kenny: Myths and Truths about Mediation Analysis." *Journal of consumer research* 37(2):197–206.

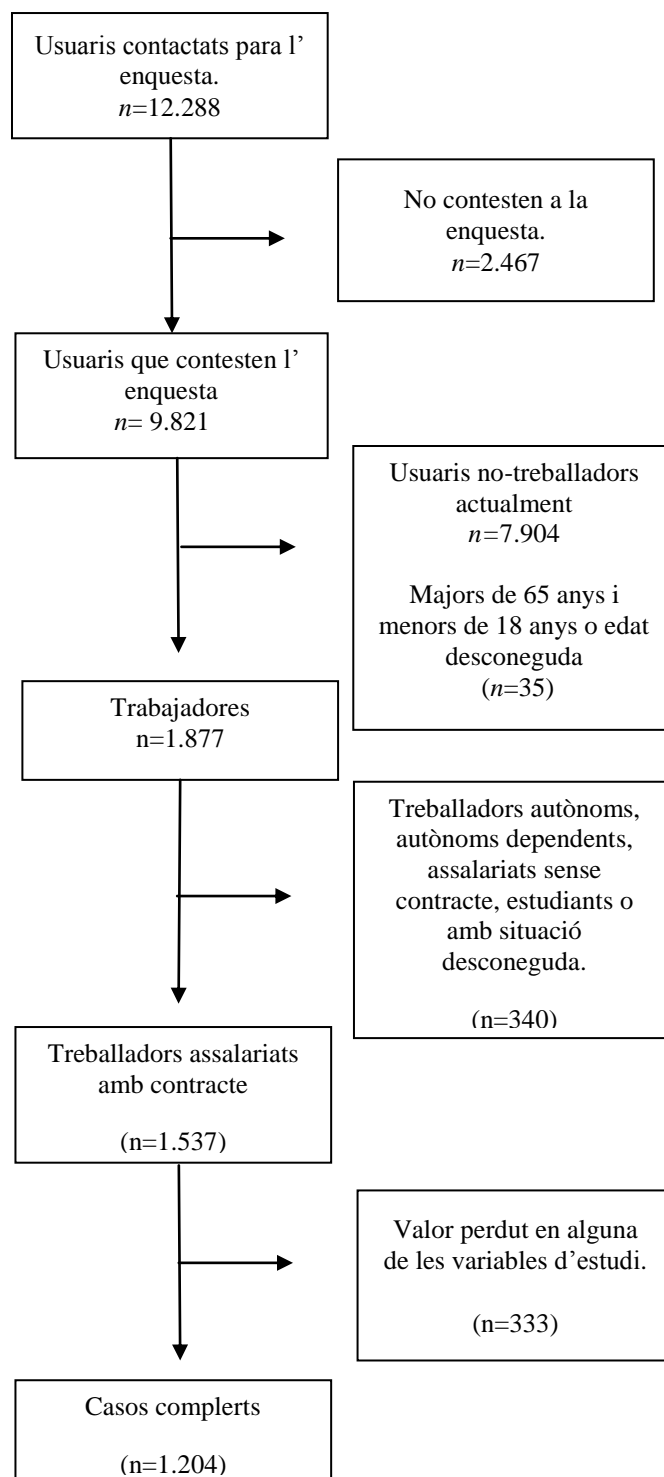
9. ANNEXES

9. Annexes

9.1. Annex I. Selecció de la mostra. Anàlisi de les diferències entre exclosos i inclosos en l'anàlisi de la submostra de treballadors assalariats amb contracte laboral.

La Figura I mostra com es va realitzar la selecció de la mostra.

Figura I: Procés de selecció de la mostra d'estudi



En la taula I es mostren les freqüències i percentatges de cada una de les variables d'estudi per els subjectes inclosos en la mostra i els exclosos per tenir algun valor perdut en alguna de les variables. Per l'anàlisi de les diferències es va utilitzar el test χ^2 .

Els exclosos van ser en la seva majoria dones, d'estat civil solters, amb edats compreses entre els 35 i els 44 anys, d'origen estranger, amb estudis de secundària i de classe social manual (SC IV+V), amb contracte de treball temporal (52%) i amb bona salut mental i autopercebuda (56% i 50% respectivament). Els tests estadístics van mostrar diferències significatives entre els dos grups en les variables d'edat, classe social, tipus de contracte de treball, atur, mala salut mental i mala salut autopercebuda.

Taula I. Descriptiva de les diferències entre inclosos i exclosos en la mostra analitzada. Número i percentatge segons diferents variables. Treballadors assalariats amb contracte usuaris dels serveis socials, Barcelona 2016.

	Inclosos (n=1.204)		Exclosos (n=356)		P (Chi 2)
	n	%	n	%	
Sexe					
Home	408	33,9	120	33,7	0,95
Dona	796	66,1	236	66,3	
Estat Civil					
Solter/a	487	40,4	153	43,5	0,651
Casat/da	425	35,3	116	33	
Vidu/a	23	1,9	8	2,3	
Separat/a	66	5,5	23	6,5	
Divorciat/a	203	16,9	52	14,8	
Edat de l'individu					
0 - 15	0	0	4	1,1	<0,001
16 - 24	69	5,7	21	5,9	
25 - 34	191	15,9	59	16,6	
35 - 44	473	39,3	131	36,9	
45 - 54	345	28,7	78	22	
55 - 64	126	10,5	44	12,4	
65 y més	0	0	18	5,1	
País d' origen					0,702
Espanya	427	35,5	132	36,6	0,456
Estranger	777	64,5	229	63,4	
Nivell Educatiu					
Primària	251	20,8	77	21,8	0,05
Secundaria	819	68	230	65	
Universitària	134	11,1	47	13,3	
Classe Social Ocupacional ^a					
SC I+II	128	10,6	45	12,6	0,007
SC III	538	44,7	134	37,4	
SC IV+V	538	44,7	179	50	
Temporal o permanent					
Permanent	682	56,6	159	48,3	0,582
Temporal	522	43,4	170	51,7	
Total	1204	100	329	100	
Problema de salut important en els últims 12 mesos					0,007
No	904	75,1	231	73,6	
Sí	300	24,9	83	26,4	0,019
Atur en 12 mesos previs					
No	806	66,9	202	59,1	0,036
Sí	398	33,1	140	40,9	
Salut Mental (SF-36)					
Bona	583	48,4	170	55,9	0,036
Mala	621	51,6	134	44,1	
Salut autopercebuda					
Bona	685	56,9	159	50,3	
Mala	519	43,1	157	49,7	

^aSC I + II: professionals i directius; SC III: personal administratiu i supervisor; SC IV+V: qualificats, semi-qualificats i no-qualificats.